

DECLARATION DE SINISTRE

PERSONNE BLESSEE

Nom :
Prénom :
Adresse :
Code postal :
Ville :
Bureau distributeur :

Date de naissance :
Sexe :
Téléphone :

Numéro de licence :

Statut particulier :

Dirigeant Fédé / ligue / CD
Titre :

Athlète de haut niveau

Garantie d'assurance dont bénéficie le licencié :

- Garantie de base automatiquement incluse dans la licence
- Garantie facultative complémentaire option 1
- Garantie facultative complémentaire option 2

Date de l'accident | | | | | | | | | |

Nom et adresse des témoins :

Lieu de l'accident :

Régime de prévoyance :

* Sécurité Sociale N° :

* Nom et N° Mutuelle :

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

Relater les faits avec le plus de précisions possible en faisant, si nécessaire, un croquis.

.....
.....
.....
.....

PIECES A JOINDRE

Dans tous les cas : Photocopie de la licence, certificat médical décrivant les blessures et précisant, le cas échéant, la nécessité d'une hospitalisation, et/ou une constatation des dégâts matériels, ainsi qu'un devis précisant le montant des réparations à effectuer.

Le cas échéant : justifications des frais médicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation, de transport, restant à la charge du blessé après remboursement de la Sécurité Sociale et de la Mutuelle ou tout autre régime de prévoyance (bordereaux de remboursement à joindre) et/ou facture acquittée mentionnant le montant des frais de réparation des dégâts matériels.

En cas de décès : certificat médical indiquant la cause du décès, fiches d'état civil concernant le décédé.

PERSONNE EFFECTUANT LA DECLARATION

Nom :
Prénom :
Qualité :
Adresse :
Code postal :
Ville :
Bureau distributeur :
Téléphone :

Signature :

CLUB

Nom :
Adresse :
N° affiliation :

Cachet du club :

CERTIFICAT MEDICAL EVENTUEL

A
Le.....
Je soussigné.....
Docteur en médecine à
déclare avoir examiné
M.....
Victime d'un accident le.....
et avoir constaté les lésions suivantes (siège et nature) :
.....
Durée de l'arrêt de travail ou durée de l'incapacité physique totale (en jours).....
Durée de l'arrêt activité sportive (en jours).....

Cachet et signature du médecin (n° du conseil de l'ordre)

Certificat sur papier libre remis à l'intéressé sur sa demande pour servir et valoir ce que de droit,
non valable devant les Tribunaux

DECLARATION DE SINISTRE A ADRESSER DANS LES CINQ JOURS A MMA :

DC AIS - Division Prévoyance, 14 BOULEVARD Marie et Alexandre OYON 72030 Le Mans Cedex 9
Tél. : 09 69 32 01 24