



DÉCLARATION DE SINISTRE



à adresser dans les 5 jours ouvrés à MMA :
DC AIS - Division Prévoyance, 1, allée du Wacken, 67978 Strasbourg Cedex 9
Tél. : 03 88 11 70 08 - 03 88 11 70 21

ASSURANCE MULTIRISQUES FFHB : CONTRAT N° 114 246 500

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CLUB ASSURÉ

Nom : N° d'affiliation :
Adresse :
Représentant :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE LICENCIÉ ASSURÉ

Nom, prénom : Tél. :
Adresse :
Code postal : Ville :
Date de naissance : Sexe : masc. fém.
N° de licence fédérale *joindre obligatoirement une photocopie*
Les garanties facultatives accordées par le contrat n° 114 246 501 ont-elles été souscrites ? oui non
Si oui, précisez le n° de l'option :

LE SINISTRE

Date : Heure : Lieu = salle :
Lieu = ville - département - pays :
Précisez la nature des dommages que vous avez subis : Corporels : oui non Matériels : oui non
Précisez les causes et circonstances détaillées (*votre réponse est obligatoire*) :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA RESPONSABILITÉ CIVILE

A-t-il été établi un **constat amiable** ? oui non

A-t-il été dressé un **procès-verbal** de gendarmerie ou de commissariat ? oui non

Si oui : coordonnées des autorités :

N° du procès-verbal :

Témoins éventuels (indiquez les noms et adresses) :

- M

- M

Un **tiers** est-il en **cause** (autre que l'Assuré) ? oui non Si oui, nom et prénom :

Adresse :

Nature des dommages subis par le tiers :

Coordonnées de son assureur : Nom :

- Adresse :

- N° de contrat :

Dans tous les cas :

Vous devez (article L 121-4 du Code des Assurances) nous indiquer l'existence de vos contrats "RESPONSABILITÉ CIVILE", "MULTIRISQUE HABITATION" et "ASSURANCE SCOLAIRE" et le cas échéant, déclarer ce sinistre, au titre des Assurances Cumulatives à vos Assureurs RC :

Nom de la compagnie :

N° de contrat

Adresse :

Confirmez-nous que vous chargez les MMA de votre recours : oui non

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES DOMMAGES CORPORELS SUBIS PAR L'ASSURÉ

L'assuré est-il décédé ? oui non

Description des lésions (**fournir obligatoirement le certificat médical les constatant**) :

Organisme de prévoyance (Sécurité sociale, Mutualité agricole...) : N° d'immatriculation :

Nom :

Adresse :

Organisme complémentaire (Mutuelle, contrat d'assurance maladie...) : N° d'affiliation ou de contrat :

Nom :

Adresse :

Pour vous faire rembourser, joignez toujours :

- . pour des frais d'hospitalisation ou de clinique
- . pour des frais médicaux ou pharmaceutiques
 - le décompte du régime social,
 - le décompte du régime complémentaire, si vous en avez un,
 - un **certificat médical descriptif des blessures**.

N'oubliez pas, en cas d'hospitalisation ou de clinique :

- la note de frais de l'établissement de soins (duplicata)

Si les garanties complémentaires ont été souscrites :

- ♦ Pour les personnes exerçant une activité salariée
 - le certificat d'arrêt de travail
 - le bulletin de salaire des trois mois précédant l'accident
 - les bulletins de salaires des mois suivant l'arrêt de travail (sur lesquels figure la perte de revenus)
 - les décomptes des règlements de la Sécurité sociale et de tout autre régime de prévoyance susceptible de régler des indemnités journalières.
- ♦ Pour les non salariés
 - le certificat d'arrêt de travail
 - les avis d'imposition des trois dernières années précédant l'accident.

Fait à

Signature du représentant du club (obligatoire)

(à préciser)

le

Signature de la victime ou de son représentant.....

(précisez le nom, le prénom et la fonction)