



## 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)