



ENTREPRISE

DECLARATION DE SINISTRE



PFE47

Nous vous recommandons de faire votre déclaration en ligne pour plus de rapidité & simplicité (pas d'envoi papier merci de conserver la déclaration version pdf durant 24 mois)

(à remplir par le licencié et à adresser dans les 5 jours ouvrés à MMA IARD)

MMA IARD Service Prévoyance – 1, Allée du Wacken – 67000 STRASBOURG Tél. : 03.88.11.70.08 – 03.88.11.70.21. prevoyance-logistique@groupe-mma.fr ASSURANCE DE BASE : CONTRAT N° 101.625.000

SI VOUS ETES NON LICENCIE : cette déclaration devra être signée également par le président du club organisateur.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE LICENCIE ASSURE

Nom, Prénom : .....Tél.....
Adresse : .....Code postal ..... Ville.....
Date de naissance : ...../...../.....Sexe : O Féminin O Masculin N° de licence Fédérale : .....Joindre copie
Avez vous souscrit la garantie individuelle accident de base avec votre licence : O Oui O Non
Avez-vous souscrit l'assurance complémentaire individuelle accident du contrat n°102 742 500 ? O Option 1 O Option 2

Date de l'accident : .....Heure : .....H.....Lieu : .....Dept : .....

Le sinistre a eu lieu lors : O Entraînement O Compétition O Pratique Libre

Activité pratiquée au moment de l'accident :

O Patinage Artistique O Course O Roller Free Style (dont les spécialités roller soccer et trottinette)
O Skateboard (dont les spécialités descente et trike drift) O Rink Hockey O Roller Hockey O Randonnée
O Roller derby

Nature des Dommages que vous avez subis : O Corporels O Matériels

Précisez les causes et circonstances détaillées (réponse obligatoire) : .....

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA RESPONSABILITE CIVILE

A-t-il été établi un constat amiable ? O OUI O NON
Coordonnées des autorités : .....

A-t-il été dressé un procès-verbal de gendarmerie ou de commissariat ?
O OUI O NON N° du procès-verbal : .....

Témoins éventuels (indiquez les noms et adresse) :
• M : .....
• M : .....

Un tiers est-il en cause (personne autre que «l'Assuré») ? O OUI O NON

Nom, 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 «RESPONSABILITE 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 : O OUI O NON

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES DOMMAGES CORPORELS SUBIS PAR L'ASSURE** (à remplir obligatoirement)

Portez vous des protections :  OUI  NON

indiquez les protections que vous portiez :  Casque  Protège Dents  Protège Poignets  Genouillères

Coudières

**Fournir obligatoirement le certificat médical constatant les dommages corporels**

Contusions, hématomes  Fractures

Membres supérieurs  Epaule  Avant-bras  Bras  
 Poignet  Coude  Main

Membres inférieurs  Hanche  Cuisse  Genou  
 Jambe  Mollet  Cheville  Pied

Face  Crâne  Visage  Oeil  
 Dent  Nez

Colonne vertébrale  Abdomen  Thorax

Autres (à préciser) : .....

Description des Lésions (**Fournir obligatoirement le certificat médical les constatant**): .....

.....

L'assuré a-t-il un arrêt de travail ?  Oui  Non l'assuré est-il Décédé :  Oui  Non

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).

En cas de survenance d'un accident ou d'une maladie nécessitant un rapatriement ou des soins lors d'une activité à l'étranger, reportez-vous à la page suivante

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES DOMMAGES AUX EQUIPEMENTS (CASQUE, ROLLER, PROTECTION)**

Rappel : cette garantie n'intervient qu'en cas de dommages corporels (**Joindre obligatoirement à la déclaration de sinistre, le certificat médical descriptif des blessures**).

Description des dégâts : .....

.....

Joindre :

- les factures d'achat ou documents estimatifs établis par un réparateur justifiant la valeur et la date d'achat des équipements endommagés.
- le devis des réparations (**ne pas faire réparer sans l'accord des MMA. A défaut, l'assureur pourra émettre des réserves quant au règlement du sinistre, voire refuser la prise en charge**).

Fait à

le

**Signature de la victime ou de son représentant (à préciser)**

Signature du DTN en cas d'événements survenus lors d'un stage fédéral ou d'une compétition internationale.