



## DECLARATION DE SINISTRE

à utiliser pour tous types de sinistre corporel ou matériel  
Et  
à adresser dans les 10 jours :

Soit par mail : [prevoyance-logistique@groupe-mma.fr](mailto:prevoyance-logistique@groupe-mma.fr)  
Soit par courrier papier à l'adresse : 160 rue Henri Champion 72030 Le Mans Cedex 9.

### ASSURANCE DE BASE : LIGUE DE FOOTBALL DE SAINT MARTIN CONTRAT N° 149 400 978

\* Informations obligatoires

\* RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CLUB ASSURE

• NOM : ..... N° AFFILIATION : .....  
• ADRESSE : .....  
• REPRESENTANT : .....

\* RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE LICENCIE ASSURE

Qualité :  Licencié  Arbitre  Dirigeants  
Nom, Prénom : ..... Tél. I\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_  
Adresse : .....  
Code postal I\_ \_ \_ \_ \_ Ville : .....  
Date de naissance : ..... Sexe : .....  
Mail : .....

N° DE LICENCE FEDERALE :

Les garanties facultatives accordées par le contrat ont-elles été souscrites ?  
Si oui, préciser la/les option(s) : .....

SI L'ASSURE EST MINEUR, RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE/LES PARENTS

Nom, Prénom : ..... Tél. I\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_  
Adresse : .....  
Code postal I\_ \_ \_ \_ \_ Ville : .....  
Date de naissance : ..... Sexe : .....  
Mail : .....

\* LE SINISTRE

Date : ..... Heure : .....  
Lieu : ..... Département : .....

\* PRECISEZ LA NATURE DES DOMMAGES QUE VOUS AVEZ SUBIS :

- Corporels OUI NON - Matériels OUI NON

\* PRECISEZ LES CAUSES ET CIRCONSTANCES DETAILLEES : (votre réponse est obligatoire)

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

\* RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA RESPONSABILITE 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 adresse) :

- M.....  
- M.....

Un tiers est-il en cause (personne autre que "l'Assuré") ?

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 MMA de votre recours :                    OUI NON

**\* RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES DOMMAGES CORPORELS SUBIS PAR L'ASSURE**

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 ..... le .....

Signature du Secrétaire du club (obligatoire)

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