



**DECLARATION D'ACCIDENT
« DOMMAGES CORPORELS »
CONTRAT N° 118 270 222**

A valider par le Comité Départemental et à transmettre dans les 5 jours ouvrés à :

**MMA
DC AIS - Division Sinistres Prévoyance,
1 allée du Wacken
67978 STRASBOURG Cedex 9**

- Par courrier (lettre recommandée non exigée)
 - Par fax au 03 88 11 73 60
 - Par courriel : prevoyance-logistique@groupe-mma.fr
- Tél. : 03 88 11 70 08 – 03 88 11 70 21**

Sociétaire : FFPJP
Date et heure de survenance :Club
Lieu du sinistre :Comité :

Tampon du club du comité

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME

Nom, Prénom : N° de licence :
Adresse :
Date de naissance : Courriel = Profession :

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

Indiquer la nature de l'accident, les circonstances dans lesquelles il s'est produit et la nature des blessures
.....
.....
.....

Rapports de police de de gendarmerie : Oui Non
Si oui, Veuillez l'ajouter au dossier

Témoins :

Si oui, leur (s) nom (s) prénom (s) :
Adresse (s) :
.....
Courriel =

Si recours possible :

Coordonnées du responsable :
Courriel =
Sa compagnie d'assurance : N° de contrat :

Renseignements nécessaires à la gestion du dossier

L'assuré a-t-il déjà été victime d'un accident similaire ? Oui Non
Si oui, à quelle date ?

Un autre contrat est-il susceptible d'intervenir ? Oui Non

Si oui, coordonnées de la compagnie d'assurance :N° de co ntrat :

A....., le
Signature de l'assuré,