

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 mail : precil@groupe-mma.fr

Par tél. : 09 69 32 01 24

1. CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

• Date et lieu de l'accident : Heure :

• Nature de l'évènement :

- Compétition Entraînement Autre

Nom de l'épreuve :

Description des causes et circonstances de l'accident :
 (Croquis + plan des lieux : à joindre à la déclaration d'accident si nécessaire)

.....

Procès-verbal établi par la Gendarmerie ou le Commissariat de :

Témoins :

M Adresse :
 ☎ Mail
 M Adresse :
 ☎ Mail

2. CLUB ORGANISATEUR OU D'APPARTENANCE

NOM : N°:

N° de licence :

Comité départemental de :

3. IDENTIFICATION DE LA VICTIME OU DU LESE

Nom et Prénom :	Date de naissance :
Adresse :	
Profession :	

Si le lésé ou la victime est licencié	
N° de licence :	Club d'appartenance :
Adresse :	
Mail :	Téléphone :

Si le lésé ou la victime n'est pas licencié, indiquez les coordonnées de son assureur		
Nom :	Adresse :	
N° de contrat :	Mail :	Téléphone :

Nature des dommages :

- Corporels : Joindre le certificat médical initial
- Matériels : Joindre tous justificatifs (devis, factures, etc...)

Détail des dommages subis :

.....

.....

.....

Montant approximatif :

Lieu où les dommages peuvent être constatés :

.....

.....

4. IDENTIFICATION DE L'AUTEUR

- Ligue / Comité / Club Licencié Autre

Nom et Prénom :		Date de naissance :
Adresse :		
Courriel :	Téléphone :	
Profession :	N° de licence : <i>(joindre copie)</i>	

Si l'auteur est licencié	Coordonnées du club d'appartenance :	
Nom :		
Adresse :		
N° de contrat :	Mail :	Téléphone :

Si l'auteur est un(e) Ligue/ Comité/ Club, Indiquez la personne que l'on peut contacter		
Nom et Prénom :	Mail :	Téléphone :
Adresse :		
Observations diverses :		

Si la responsabilité d'un tiers (autre que le club ou les participants) peut être recherchée		
Nom et Prénom :	Mail :	Téléphone :
Adresse :		
Coordonnées de son assureur :		

Coordonnées de l'assureur personnel		
Nom :		
Adresse :		
N° de contrat :	Mail :	Téléphone :

Fait à, Le

« Lu et approuvé » + Signature de l'assuré,