



**DECLARATION D'ACCIDENT
« RESPONSABILITE CIVILE ET RECOURS »
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**

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 : A JOINDRE A LA DECLARATION D'ACCIDENT SI NECESSAIRE)

Procès verbal établi par la Gendarmerie ou le Commissariat de :

Témoins :

M Adresse : ☎

M Adresse : ☎

CLUB ORGANISATEUR OU D'APPARTENANCE

N°:

NOM :

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

N° de licence :

Comité départemental de :

IDENTIFICATION DE LA VICTIME OU DU LESE

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

Coordonnées exactes de l'assureur de la victime ou du lésé :

· Nom :
 · Adresse :
 · N° de contrat :

Si lésé ou victime licencié : N° de licence : Club d'appartenance :

Coordonnées exactes du club d'appartenance :

· Nom :
 · Adresse :
 · Autre (s) assureur (s) éventuel (s) [Nom, adresse, N° de contrat] :

Nature des dommages :

Corporels (joindre le certificat médical initial)


Matériels : Détail des dommages subis :
 Montant approximatif :
 Lieu où les dommages peuvent être constatés :
 (joindre tous justificatifs (devis, factures, etc,)

IDENTIFICATION DE L'AUTEUR

Ligue / Comité / Club

Licencié

Autre

Nom et Prénom :
 Date de naissance : 
 Adresse :
 N° de licence : (joindre copie)

Coordonnées exactes de l'assureur personnel :

· Nom :
 · Adresse :
 · N° de contrat :

Coordonnées exactes du club d'appartenance :

· Nom :
 · Adresse :
 · N° de contrat :
 · Autre (s) assureur (s) éventuel (s) [Nom, adresse, N° de contrat] :

La responsabilité d'un tiers (autre que le club ou les participants) PEUT ELLE ETRE RECHERCHEE ?

Nom et Prénom :
 Adresse :
 Coordonnées de son assureur :

Personne du comité ou du club que l'on peut contacter :

Nom et Prénom :
 Adresse :
 Observations diverses :

Fait à
 « Lu et approuvé »
 Signature de l'assuré,