

DECLARATION D'ACCIDENT

Contrat N° 125.503.366

À renvoyer dans les 5 jours à :

La Compagnie du Sport / MMA
6 rue Faure du Serre - 05000 GAP

Tél : 04.92.51.89.10 - E-mail : info@lacompaniedusport.com

I. LE CLUB

- Nom : R/A : C0404
- Adresse :
- Téléphone : E-mail :
- Représentant : Mobile :
- N° d'affiliation :

II. LA VICTIME

Nom, Prénom :

Date de naissance :/...../..... Sexe : M F

Adresse :

Code postal |_|_|_|_| Ville

Tél. :/...../..... E-mail :

N° de Licence : **Joindre obligatoirement une photocopie de la licence**

III. L'ACCIDENT

Date : Heure :

Lieu : Département :

PRECISEZ LA NATURE DES DOMMAGES SUBIS :

- Corporels : Oui Non

- Matériel : Oui Non

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

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

DECLARATION D'ACCIDENT

Contrat N° 125.503.366

IV. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA RESPONSABILITÉ 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 :

Nous confirmez-vous que vous chargez les MMA de votre recours ? Oui Non

V. DOMMAGES CORPORELS SUBIS PAR L'ASSURÉ

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 :

N'oubliez pas de **joindre une copie de la licence de la victime.**

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
 - les bulletins de salaire des trois mois précédant l'accident
 - les bulletins de salaire 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 Représentant du Club (obligatoire)

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