

# 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)