

## DECLARATION DE SINISTRE

### PERSONNE BLESSEE

Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code postal : .....  
Ville : .....  
Bureau distributeur : .....

Date de naissance : .....  
Sexe : .....  
Téléphone : .....

Numéro de licence : .....

Statut particulier :

- Dirigeant Fédé / ligue / CD  
Titre : .....
- Athlète de haut niveau

Garantie d'assurance dont bénéficie le licencié :

- Garantie de base automatiquement incluse dans la licence  
 Garantie facultative complémentaire option 1  
 Garantie facultative complémentaire option 2

Date de l'accident | | | | | | | | | |

Nom et adresse des témoins : .....

Lieu de l'accident : .....

Régime de prévoyance : .....

\* Sécurité Sociale N° : .....

\* Nom et N° Mutuelle : .....

### CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

Relater les faits avec le plus de précisions possible en faisant, si nécessaire, un croquis.

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

### PIECES A JOINDRE

- Dans tous les cas :** Photocopie de la licence, certificat médical décrivant les blessures et précisant, le cas échéant, la nécessité d'une hospitalisation, et/ou une constatation des dégâts matériels, ainsi qu'un devis précisant le montant des réparations à effectuer.
- Le cas échéant :** justifications des frais médicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation, de transport, restant à la charge du blessé après remboursement de la Sécurité Sociale et de la Mutuelle ou tout autre régime de prévoyance (bordereaux de remboursement à joindre) et/ou facture acquittée mentionnant le montant des frais de réparation des dégâts matériels.
- En cas de décès :** certificat médical indiquant la cause du décès, fiches d'état civil concernant le décédé.

*PERSONNE EFFECTUANT LA DECLARATION*

Nom : ..... Signature :  
Prénom : .....  
Qualité : .....  
Adresse : .....  
Code postal : .....  
Ville : .....  
Bureau distributeur : .....  
Téléphone : .....

*CLUB*

Nom : ..... Cachet du club :  
Adresse : .....  
N° affiliation : .....

*CERTIFICAT MEDICAL EVENTUEL*

A .....  
Le.....  
Je soussigné.....  
Docteur en médecine à .....  
déclare avoir examiné .....  
M.....  
Victime d'un accident le.....  
et avoir constaté les lésions suivantes (siège et nature) : .....  
.....  
Durée de l'arrêt de travail ou durée de l'incapacité physique totale (en jours) .....  
Durée de l'arrêt activité sportive (en jours) .....

Cachet et signature du médecin (n° du conseil de l'ordre)

Certificat sur papier libre remis à l'intéressé sur sa demande pour servir et valoir ce que de droit,  
non valable devant les Tribunaux

*DECLARATION DE SINISTRE A ADRESSER DANS LES CINQ JOURS A MMA :*  
DC AIS - Division Prévoyance, 1, allée du Wacken, 67978 Strasbourg Cedex 9  
Tél. : 03 88 11 70 08 - 03 88 11 70 21