

DECLARATION DE SINISTRE

à utiliser pour tous types de sinistre corporel ou matériel

Et

à adresser dans les 5 jours :

Soit par mail : precil@groupe-mma.fr

Soit par courrier papier à l'adresse : 160 rue Henri Champion 72030 Le Mans Cedex 9.

ASSURANCE DE BASE : FEDERATION WUSHU FRANCE (FWF) N° 147 535 664

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CLUB ASSURE

- NOM : N° AFFILIATION :
- ADRESSE :
- REPRESENTANT :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE LICENCIE ASSURE

Nom, Prénom : Tél. | | | | | | | | | |
 Adresse :
 Code postal | | | | | Ville :
 Date de naissance : Sexe :

N° DE LICENCE FEDERALE :

Les garanties facultatives accordées par le contrat ont-elles été souscrites ?

Si oui, préciser la/les option(s) :

LE SINISTRE

Date : Heure :
 Lieu : Département :

PRECISEZ LA NATURE DES DOMMAGES QUE VOUS AVEZ SUBIS :

- Corporels OUI NON

- Matériels OUI NON

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

.....

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA RESPONSABILITE 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 :

Confirmez-nous que vous chargez MMA de votre recours : OUI NON

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES DOMMAGES CORPORELS SUBIS PAR L'ASSURE

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 :

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
 - le bulletin de salaire des trois mois précédant l'accident
 - les bulletins de salaires 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 Secrétaire du club (obligatoire)

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