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 DES SPORTS DE DANSES DE FRANCE ET DANSES DE LOISIRS (FSD) N° 116 434 955

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CLUB ASSURE

• NOM : ..... N° AFFILIATION : .....
• ADRESSE : .....
• REPRESENTANT : .....

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE LICENCIE ASSURE

Nom, Prénom : ..... Tél.I_ I _ I I _ I I I I _ I I I
Adresse : .....
Code postal I_ I _ I _ I _ I I 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)