





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)