DECLARATION D'ACCIDENT « DOMMAGES CORPORELS »

CONTRAT N° 118 270 222

A valider par le Comité Départemental et à transmettre dans les 5 jours ouvrés à :

MMA IARD - DC AIS - Division Prévoyance, **1, allée du Wacken - 67978 STRASBOURG Cedex 9** ***Par courrier*** *(lettre recommandée non exigée*	
Par courriel : precil@groupe-mma.fr	**Tél. : 09 69 32 01 24**

Sociétaire : FFPJP
Date et heure de survenance : .....
Club .....
Lieu du sinistre : .....
Comité : .....

Tampon du club du comité

1. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME

Nom, Prénom : ..... N° de licence : .....
Adresse : ....☎ .....
Date de naissance : ..... Mail : ..... Profession : .....

2. CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

Date et lieu de l'accident : ..... Heure : .....

Nature de l'évènement : ☐ Compétition ☐ Entraînement ☐ Autre

Nom de l'épreuve : .....

Description des causes et circonstances de l'accident :
(Croquis + plan des lieux : à joindre à la déclaration d'accident si nécessaire)
.....
.....
.....
.....
.....

Procès-verbal établi par la Gendarmerie ou le Commissariat de : .....

Témoins :
M .....☎ ..... Mail.....
Adresse : .....
M .....☎ ..... Mail.....
Adresse : .....

Si recours possible :
Coordonnées du responsable : .....
Mail .....☎ .....
Sa compagnie d'assurance : ....N° de contrat : .....

Renseignements nécessaires à la gestion du dossier :
L'assuré a t-il déjà été victime d'un accident similaire ? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, à quelle date ? .....

Un autre contrat est-il susceptible d'intervenir ? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, coordonnées de la compagnie d'assurance : .....N° de contrat : .....

A ....., le.....

Signature de l'assuré,