

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

1. 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 Adresse :

 Mail

M Adresse :

 Mail

2. CLUB ORGANISATEUR OU D'APPARTENANCE

NOM : N° :

N° de licence :

Comité départemental de :

3. IDENTIFICATION DE LA VICTIME OU DU LESE

Nom et Prénom :	Date de naissance :
Adresse :	
Profession :	

Si le lésé ou la victime est licencié

N° de licence :	Club d'appartenance :
Adresse :	
Mail :	Téléphone :

Si le lésé ou la victime n'est pas licencié, indiquez les coordonnées de son assureur

Nom :	Adresse :
-------	-----------

N° de contrat :	Mail :	Téléphone :
-----------------	--------	-------------

Nature des dommages :

- Corporels : Joindre le certificat médical initial
- Matériels : Joindre tous justificatifs (devis, factures, etc...)

Détail des dommages subis :

.....

.....

Montant approximatif :

Lieu où les dommages peuvent être constatés :

.....

.....

4. IDENTIFICATION DE L'AUTEUR

- Ligue / Comité / Club
- Licencié
- Autre

Nom et Prénom :	Date de naissance :
Adresse :	
Courriel :	Téléphone :
Profession :	N° de licence : (<i>joindre copie</i>)

Si l'auteur est licencié	Coordonnées du club d'appartenance :	
Nom :		
Adresse :		
N° de contrat :	Mail :	Téléphone :

Si l'auteur est un(e) Ligue/ Comité/ Club, Indiquez la personne que l'on peut contacter		
Nom et Prénom :	Mail :	Téléphone :
Adresse :		
Observations diverses :		

Si la responsabilité d'un tiers (autre que le club ou les participants) peut être recherchée		
Nom et Prénom :	Mail :	Téléphone :
Adresse :		
Coordonnées de son assureur :		

Coordonnées de l'assureur personnel		
Nom :		
Adresse :		
N° de contrat :	Mail :	Téléphone :

Fait à , Le

« Lu et approuvé » + Signature de l'assuré,

