

**DECLARATION DE SINISTRE
CONTRAT MMA**

à adresser dans les 5 jours ouvrés à MMA 3 avenue Gambetta 12100 Millau

CONTRAT N° 119 117 500

Nom, Prénom du Moniteur établissant la déclaration :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (= la victime)

Nom, Prénom : Tél. | | | | | | | | | |

Adresse :

Code postal | | | | | | Ville

Date de naissance : Sexe :

N° DE LICENCE (si licencié) **joindre obligatoirement une photocopie**

LE SINISTRE

Date : Heure :

Lieu : Département :

PRECISEZ LA NATURE DES DOMMAGES SUBIS :

- Corporels OUI - NON

- Matériel 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
- M
- M
- M

Un **tiers** est-il en **cause** (personne autre que "l'Assuré") ? Nom, Prénom :

Adresse :

Nature des dommages subis par le tiers :

**DECLARATION DE SINISTRE
CONTRAT MMA**

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 les 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)

Fait à le

Signature :