



DECLARATION DE SINISTRE

(à remplir par le licencié et à adresser dans les 5 jours ouvrés à MMA IARD)

Service Prévoyance – 1, Allée du Wacken – 67000 STRASBOURG
Tél. : 03.88.11.70.08 – 03.88.11.70.21.
prevoyance-logistique@groupe-mma.fr

ASSURANCE DE BASE : CONTRAT N° 101.625.000

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA STRUCTURE FEDERALE (FEDERATION, LIGUES, CDRS, CLUBS) :

. Nom : N° AFFILIATION :
. Adresse :
. Représentée par :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE LICENCIE ASSURE

Nom, Prénom : Tél. | | | | | | | | | |
Adresse :
Code postal | | | | | | Ville
Date de naissance : Sexe :

N° DE LICENCE FEDERALE **joindre obligatoirement une photocopie**

Avez-vous souscrit la garantie individuelle accident de base avec votre licence : oui non ?
Avez-vous souscrit l'assurance complémentaire individuelle accident du contrat n°102 742 500 Option 1 Option 2 ?
Etes-vous dans la catégorie « SPORTIF DE HAUT NIVEAU » : oui non ?
(Si oui, joindre à la déclaration une attestation fédérale)

SI VOUS ETES NON LICENCIE: compléter l'attestation de participation à la sortie ou à l'organisation du club, signée de son Président.

ATTESTATION DE PARTICIPATION (pour les non licenciés F.F.R.S.)

Je soussigné M..... (Président du Club) N° d'affiliation FFRS du club :
Nom du club :
atteste que M..... participait au moment du sinistre

- à une manifestation organisée par la F.F.R.S. Nom de la manifestation :
- à une séance d'initiation lors de la période de rentrée sportive du 1er septembre au 15 octobre ou aux journées "sport en famille, sans voiture, tous en roller ou fête du sport"
- à une manifestation ayant fait l'objet de la souscription du bulletin d'adhésion au contrat complémentaire n° 102.742.555.

Le Président du Club (cachet, date et signature)

LE SINISTRE

Activité pratiquée au moment de l'accident « * »: patinage artistique, course (dont roller derby), roller freestyle (dont les spécialités roller soccer et trottinette), skateboard (dont les spécialités descente et trike drift), rink hockey, roller hockey, randonnée. (*) Rayer les mentions inutiles

Date :Heure :Lieu.....Département :

Le sinistre a eu lieu lors d'un : entraînement une compétition

PRECISEZ LA NATURE DES DOMMAGES QUE VOUS AVEZ 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.

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 les MMA de votre recours : OUI NON

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES DOMMAGES CORPORELS SUBIS PAR L'ASSURE

L'assuré a-t-il un arrêt de travail ? 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).

En cas de survenance d'un accident ou d'une maladie nécessitant un rapatriement ou des soins lors d'une activité à l'étranger, reportez-vous à la page suivante

L'assuré est-il décédé ? OUI NON

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES DOMMAGES AUX EQUIPEMENTS (CASQUE, ROLLER, PROTECTION)

*Rappel : cette garantie n'intervient qu'en cas de dommages corporels (**Joindre** obligatoirement à la déclaration de sinistre, le certificat médical descriptif des blessures.*

Description des dégâts :

Joindre :

- les factures d'achat ou documents estimatifs établis par un réparateur justifiant la valeur et la date d'achat des équipements endommagés.

- le devis des réparations (**ne pas faire réparer sans l'accord des MMA. A défaut, l'assureur pourra émettre des réserves quant au règlement du sinistre, voire refuser la prise en charge.**)

**CONSIGNES A RESPECTER EN CAS DE SURVENANCE D'UN EVENEMENT GRAVE
(ACCIDENT OU MALADIE)
LORS D'UN DEPLACEMENT A PLUS DE 50 KM DU DOMICILE OU A L'ETRANGER**

Ce qu'il ne faut pas faire :

- . Ne refusez pas systématiquement tout soin sur place quelle que soit la qualité supposée de ces soins
- . Ne préjugez jamais de la gravité d'un accident ou d'une maladie

Une intervention immédiate pour un cas bénin vaut mieux qu'une intervention a posteriori, suite à une complication. Même si vous pensez que votre cas ne nécessitera pas un transport médicalisé, MMA ASSISTANCE peut intervenir pour un conseil ou une prise en charge de vos frais médicaux sur place.

- . N'organisez pas vous-même une intervention de quelque nature que ce soit sans avoir averti MMA ASSISTANCE

Toute organisation d'un rapatriement qui n'aura pas reçu l'accord de MMA ASSISTANCE ne sera pas prise en charge financièrement

Ce qu'il faut faire :

Faites appel aux services locaux pour les premiers soins .MMA ASSISTANCE ne se substitue pas aux autorités sanitaires pour les interventions de première urgence.

Ensuite :

- Appelez MMA ASSISTANCE FRANCE :	
- Téléphone :	01 40 25 59 59
De l'étranger :	33 1 40 25 59 59

en indiquant :

- votre appartenance à la FEDERATION FRANCAISE DE ROLLER SPORTS,
- le numéro de contrat d'assurance
- le numéro de code produit
- votre adresse en France,
- votre adresse à l'étranger (s'il y a lieu),
- le numéro de téléphone ou de télex auquel on peut vous joindre.

**101 625 000
582 143**

Apportez toutes les indications permettant au médecin de MMA ASSISTANCE d'entrer en relation avec le médecin qui a prodigué les premiers soins.

Fait à le.....

Signature du Représentant de la structure
(ou du DTN en cas d'évènements survenus lors
d'un stage fédéral ou d'une compétition internationale)

Signature de la victime ou de son représentant (à préciser)