

## DECLARATION D'ACCIDENT

(établie par le blessé, elle doit être contresignée par un responsable du club)

A compléter avec un représentant du club et à transmettre dans les 5 jours ouvrés à votre assureur :

**Un accusé de réception vous sera transmis à réception de votre déclaration.**

**MMA IARD - DC AIS - Division Prévoyance  
 1, allée du Wacken - 67978 STRASBOURG Cedex 9**

- *Par courrier (lettre recommandée non exigée)*
- *Par télécopie au 03.88.11.73.60*
- *Par courriel : [prevoyance-logistique@groupe-mma.fr](mailto:prevoyance-logistique@groupe-mma.fr)*

**Tél. : 03.88.11.70.08 – 03.88.11.70.21**

**ASSURANCE DE BASE – CONTRAT N° 147.325.567**

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CLUB ASSURE

Nom : ..... N° affiliation : .....  
 Adresse (n°, voie, ville, CP) : .....  
 Nom du représentant : ..... et/ou mail : .....

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE LICENCIÉ ASSURÉ (victime)

Sexe : MASCULIN  FEMININ   
 Nom / prénom : ..... : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Adresse : ..... CP : \_\_\_\_\_ Ville : .....  
 Date de naissance (si pers. physique) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Email : .....  
 N° DE LICENCE FEDERALE :  (joindre obligatoirement une photocopie)

**Les garanties facultatives proposées par le contrat n° 147.325.578 ont-elles été souscrites ?** OUI  NON   
 Si oui, préciser l'option souscrite : OPTION 1  OPTION 2  Inscrit sur la liste Ministérielle des Sportifs de Haut Niveau

### DISCIPLINE CONCERNE PAR L'ACCIDENT

HALTEROPHILIE  MUSCULATION  AUTRE (A Préciser)

#### Circonstance de l'accident

EN ENTRAINEMENT  EN COMPETITION  PENDANT UN TRAJET  AUTRE (A Préciser)

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Heure : .....  
 Lieu (CP, ville) \_\_\_\_\_ Ville : .....  
 Nom / adresse du club organisateur (le cas échéant) : .....  
 Si l'accident est survenu à l'étranger, précisez le pays .....  
 Nom, Adresse et Signature du (ou des) témoin(s)  
 .....  
 .....

