



**DECLARATION D'ACCIDENT  
« RESPONSABILITE CIVILE ET RECOURS »  
CONTRAT N° 118 270 222**

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

**MMA**  
**DC AIS - Division Sinistres Prévoyance,**  
**1 allée du Wacken**  
**67978 STRASBOURG Cedex 9**  
  
• Par courrier (lettre recommandée non exigée)  
• Par fax 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

**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 : A JOINDRE A LA DECLARATION D'ACCIDENT SI NECESSAIRE )*

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

Témoins :

M ..... Adresse : ..... ☎ .....

M ..... Adresse : ..... ☎ .....

**CLUB ORGANISATEUR OU D'APPARTENANCE**

N°: .....

NOM : .....

.....

.....

N° de licence : .....

Comité départemental de : .....

**IDENTIFICATION DE LA VICTIME OU DU LESE**

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

**Coordonnées exactes de l'assureur de la victime ou du lésé :**

· Nom : .....  
· Adresse : .....  
· N° de contrat : .....

**Si lésé ou victime licencié :** N° de licence : ..... Club d'appartenance : .....

**Coordonnées exactes du club d'appartenance :**

· Nom : .....  
· Adresse : .....  
· Autre (s) assureur (s) éventuel (s) [ Nom, adresse, N° de contrat ] : .....

Nature des dommages :

Corporels ( joindre le certificat médical initial )

Matériels : Détail des dommages subis : .....  
Montant approximatif : .....  
Lieu où les dommages peuvent être constatés : .....  
( joindre tous justificatifs ( devis, factures, etc, ..... )

**IDENTIFICATION DE L'AUTEUR**

Ligue / Comité / Club                       Licencié                       Autre

Nom et Prénom : .....  
Date de naissance : .....  .....  
Adresse : .....  
N° de licence : ( joindre copie ) .....

**Coordonnées exactes de l'assureur personnel :**

· Nom : .....  
· Adresse : .....  
· N° de contrat : .....

**Coordonnées exactes du club d'appartenance :**

· Nom : .....  
· Adresse : .....  
· N° de contrat : .....  
· Autre (s) assureur (s) éventuel (s) [ Nom, adresse, N° de contrat ] : .....

**La responsabilité d'un tiers ( autre que le club ou les participants ) PEUT ELLE ETRE RECHERCHEE ?**

Nom et Prénom : .....  
Adresse : .....  
Coordonnées de son assureur : .....

Personne du comité ou du club que l'on peut contacter :

Nom et Prénom : .....  
Adresse : .....  
Observations diverses : .....

Fait à .....  
« Lu et approuvé »  
signature de l'assuré,