



ENTREPRISE



DECLARATION D'ACCIDENT
« DOMMAGES CORPORELS »
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
- Tél. : 03 88 11 70 08 – 03 88 11 70 21**

Sociétaire : FFPJP

Date et heure de survenance : Club

Lieu du sinistre : Comité :

Tampon du club du comité

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME

Nom, Prénom : N° de licence :

Adresse : ☎

Date de naissance : Profession :

Si vous avez souscrit l'option « Avantage », veuillez joindre copie de votre adhésion.

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

Indiquer la nature de l'accident, les circonstances dans lesquelles il s'est produit et la nature des blessures

.....

Rapports de police de de gendarmerie : Oui Non

Si oui, Veuillez l'ajouter au dossier

Témoins :

Si oui, leur (s) nom (s) prénom (s) :

Adresse (s) :

.....

Si recours possible :

Coordonnées du responsable :

Sa compagnie d'assurance : N° de contrat :

Renseignements nécessaires à la gestion du dossier

L'assuré a-t-il déjà été victime d'un accident similaire ? Oui Non

Si oui, à quelle date ?

Un autre contrat est-il susceptible d'intervenir ? Oui Non

Si oui, coordonnées de la compagnie d'assurance : N° de contrat :

A....., le
 Signature de l'assuré,