



**DECLARATION DE SINISTRE**

**ACADEMIE AUTONOME D'AIKIDO KOBAYASHI HIROKAZU : contrat n°113 228 556**

**Déclaration à adresser dans les 5 jours ouvrés à :**

**SARL LEON ASSURANCES Agent Général Exclusif MMA**  
**5 Rue Cardinal Donnet 42220 BOURG ARGENTAL**  
**Tél. : 04.77.39.63.03 - Fax : 04.77.39.12.84**  
**Courriel : leon.assurances1@mma.fr**  
  
**N° SIREN 480770346N° ORIAS 07010360 – www.orias.fr**

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CLUB ASSURE**

Nom du Club : ..... N° Affiliation : .....  
 Adresse : .....  
 Représentant : .....

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE LICENCIÉ ASSURE**

Nom, Prénom : ..... Tél. : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
 Adresse : .....  
 Code postal |\_|\_|\_|\_|\_|\_| Ville .....  
 Date de naissance :                      Sexe :  
 N° de Licence fédérale                          **joindre obligatoirement une photocopie**  
 Avez vous souscrit une garantie complémentaire (contrat 113 511 006) ?          Option 1           Option 2

**LE SINISTRE**

Date :                                              Heure :  
 Lieu :                                              Département :

PRECISEZ LA NATURE DES DOMMAGES QUE VOUS AVEZ SUBIS :

.....  
 .....  
 .....

PRECISEZ LES CAUSES ET CIRCONSTANCES DETAILLEES : (votre réponse est obligatoire)

.....  
 .....  
 .....



ENTREPRISE



**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 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 : .....

<p><b>Pour vous faire rembourser, joignez toujours :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. pour des frais d'hospitalisation ou de clinique</li> <li>. pour des frais médicaux ou pharmaceutiques</li> <li>- le décompte du régime social,</li> <li>- le décompte du régime complémentaire, si vous en avez un,</li> <li>- <b>un certificat médical descriptif des blessures.</b></li> </ul>	<p><b>N'oubliez pas, en cas d'hospitalisation ou de clinique :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la note de frais de l'établissement de soins (duplicata)</li> </ul>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fait à ..... le .....

Signature du Représentant du Club

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