



ENTREPRISE



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 480770346 N° 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>Pour vous faire rembourser, joignez toujours :</p> <ul style="list-style-type: none"> pour des frais d'hospitalisation ou de clinique pour des frais médicaux ou pharmaceutiques <ul style="list-style-type: none"> - le décompte du régime social, - le décompte du régime complémentaire, si vous en avez un, - un certificat médical descriptif des blessures. 	<p>N'oubliez pas, en cas d'hospitalisation ou de clinique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la note de frais de l'établissement de soins (duplicata)
--	---

Fait à le
Signature du Représentant du Club Signature de la victime ou de son représentant (à préciser)