



## DECLARATION DE SINISTRE

Nous vous recommandons de faire votre déclaration  
en ligne pour plus de rapidité & simplicité



**(à remplir par le licencié et à adresser dans les 5 jours ouvrés à MMA IARD)**

MMA IARD Service Prévoyance – 1, Allée du Wacken – 67000 STRASBOURG Tél. : 03.88.11.70.08 – 03.88.11.70.21.  
prevoyance-logistique@groupe-mma.fr ASSURANCE DE BASE : CONTRAT N° 101.625.000

**SI VOUS ETES NON LICENCIÉ: cette déclaration devra être signée également par le président du club organisateur.**

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE LICENCIÉ ASSURÉ

Nom, Prénom : ..... Tél. ....  
Adresse : ..... Code postal ..... Ville.....  
Date de naissance : ...../...../..... Sexe :  Féminin  Masculin **N° de licence Fédérale** : ..... Joindre copie

Avez-vous souscrit la garantie individuelle accident de base avec votre licence :  Oui  Non  
Avez-vous souscrit l'assurance complémentaire individuelle accident du contrat n°102 742 500 ?  Option 1  Option 2

Etes-vous dans la catégorie « SPORTIF DE HAUT NIVEAU » :  Oui  Non ? (Si oui, joindre à la déclaration une attestation fédérale)

**Date de l'accident** : .....Heure : .....H.....Lieu : .....Dept : .....

Le sinistre a eu lieu lors :  Entraînement  Compétition

### Activité pratiquée au moment de l'accident :

Patinage Artistique  Course (dont roller derby)  Roller Free Style (dont les spécialités roller soccer et trottinette)  
 Skateboard (dont les spécialités descente et trike drift)  Rink Hockey  Roller Hockey  Randonnée

**Nature des Dommages que vous avez subis** :  Corporels  Matériels

**Précisez les causes et circonstances détaillées (réponse obligatoire) :** .....  
.....  
.....  
.....

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA RESPONSABILITE CIVILE

A-t-il été établi un constat amiable ?  OUI  NON

Coordonnées des autorités : .....

A-t-il été dressé un procès-verbal de gendarmerie ou de commissariat ?  OUI  NON

N° du procès-verbal : .....

Témoins éventuels (indiquez les noms et adresse) :

- M : .....
- M : .....

Un tiers est-il en cause (personne autre que «l'Assuré») ?  OUI  NON

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** (à remplir obligatoirement)

Portez vous des protections :  OUI  NON

indiquez les protections que vous portiez :  Casque  Protège Dents  Protège Poignets  Genouillères  Coudières

**Fournir obligatoirement le certificat médical constatant les dommages corporels**

Contusions, hématomes  Fractures

Membres supérieurs	<input type="checkbox"/> Épaule	<input type="checkbox"/> Avant-bras	<input type="checkbox"/> Bras
	<input type="checkbox"/> Poignet	<input type="checkbox"/> Coude	<input type="checkbox"/> Main
Membres inférieurs	<input type="checkbox"/> Hanche	<input type="checkbox"/> Cuisse	<input type="checkbox"/> Genou
	<input type="checkbox"/> jambe	<input type="checkbox"/> Mollet	<input type="checkbox"/> Cheville <input type="checkbox"/> Pied
Face	<input type="checkbox"/> Crâne	<input type="checkbox"/> Visage	<input type="checkbox"/> Oeil
	<input type="checkbox"/> Dent	<input type="checkbox"/> Nez	
<input type="checkbox"/> Colonne vertébrale	<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Thorax	

Autres (à préciser) : .....

Description des Lésions (**Fournir obligatoirement le certificat médical les constatant**):.....  
.....  
.....

L'assuré a-t-il un arrêt de travail ?  Oui  Non

l'assuré est-il Décédé :  Oui  Non

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 :.....

**Pour vous faire rembourser, joignez toujours :** pour des frais d'hospitalisation ou de clinique, pour des frais médicaux ou pharmaceutiques :

- le décompte du régime social,
- le décompte du régime complémentaire, si vous en avez un,
- un certificat médical descriptif des blessures.

N'oubliez pas, en cas d'hospitalisation ou de clinique :

- la note de frais de l'établissement de soins (duplicata).

En cas de survenance d'un accident ou d'une maladie nécessitant un rapatriement ou des soins lors d'une activité à l'étranger, reportez-vous à la page suivante

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES DOMMAGES AUX EQUIPEMENTS (CASQUE, ROLLER, PROTECTION)**

Rappel : cette garantie n'intervient qu'en cas de dommages corporels (**Joindre obligatoirement à la déclaration de sinistre, le certificat médical descriptif des blessures.**)

Description des dégâts :.....  
.....

Joindre :

- les factures d'achat ou documents estimatifs établis par un réparateur justifiant la valeur et la date d'achat des équipements endommagés.
- le devis des réparations (**ne pas faire réparer sans l'accord des MMA. A défaut, l'assureur pourra émettre des réserves quant au règlement du sinistre, voire refuser la prise en charge.**)

Fait à

le

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

Signature du DTN en cas d'évènements survenus lors d'un stage fédéral ou d'une compétition internationale.

## CONSIGNES A RESPECTER EN CAS DE SURVENANCE D'UN EVENEMENT GRAVE (ACCIDENT OU MALADIE)

### LORS D'UN DEPLACEMENT A PLUS DE 50 KM DU DOMICILE OU A L'ETRANGER

#### Ce qu'il ne faut pas faire :

- Ne refusez pas systématiquement tout soin sur place quelle que soit la qualité supposée de ces soins . Ne préjugez jamais de la gravité d'un accident ou d'une maladie
- Une intervention immédiate pour un cas bénin vaut mieux qu'une intervention a posteriori, suite à une complication. Même si vous pensez que votre cas ne nécessitera pas un transport médicalisé, MMA ASSISTANCE peut intervenir pour un conseil ou une prise en charge de vos frais médicaux sur place.
- N'organisez pas vous-même une intervention de quelque nature que ce soit sans avoir averti MMA ASSISTANCE
- **Toute organisation d'un rapatriement qui n'aura pas reçu l'accord de MMA ASSISTANCE ne sera pas prise en charge financièrement.**

#### Ce qu'il faut faire :

Faites appel aux services locaux pour les premiers soins .MMA ASSISTANCE ne se substitue pas aux autorités sanitaires pour les interventions de première urgence.

#### Ensuite :

##### Appelez MMA ASSISTANCE FRANCE :

**Téléphone : 01 40 25 59 59**

De l'étranger : 33 1 40 25 59 59

#### en indiquant :

- votre appartenance à la **FEDERATION FRANCAISE DE ROLLER SPORTS,**
- le numéro de contrat d'assurance ..... **101 625 000 582 143**
- le numéro de code produit ..... **582 143**
- votre adresse en France,
- votre adresse à l'étranger (s'il y a lieu),
- le numéro de téléphone ou de télex auquel on peut vous joindre.

**Apportez toutes les indications permettant au médecin de MMA ASSISTANCE d'entrer en relation avec le médecin qui a prodigué les premiers soins.**