



## **CONSACREZ-VOUS A VOTRE ACTIVITE SPORTIVE... L'ESPRIT LIBRE !**

Vous êtes responsable d'un club affilié à la Ligue Midi-Pyrénées.  
Pour vous, il est essentiel d'être bien assuré.

Nous vous proposons de découvrir l'assurance « MMA Association », la solution complémentaire pour vous faciliter la vie :

### **Options de garanties pour le club « MMA Association »**

- ✧ Assurance de vos Responsabilités générales liées à la vie associative, de vos manifestations exceptionnelles, des joueurs à l'essai, de votre école de foot,...
- ✧ Assurance Responsabilité Civile Personnelle des dirigeants
- ✧ Assurance des biens de votre Club : votre local, vos vestiaires, leur contenu, les aménagements extérieurs pour les garanties incendie, catastrophes naturelles, dégâts des eaux, vol et vandalisme, accidents électriques...
- ✧ Protection Juridique associative

Envie d'en savoir plus ? Contactez au plus vite votre agent MMA :

**MR KAMOUN Michel**  
**18, Bd Vincent Auriol**  
**31170 TOURNEFEUILLE**  
**Tél. : 05.81.33.90.90 – Fax : 05.81.33.90.89**  
**N° ORIAS : 07011520 – [www.orias.fr](http://www.orias.fr)**



**DECLARATION DE SINISTRE**



Depuis la saison 2008-2009, les déclarations de sinistre doivent être adressées dans les 5 jours ouvrés aux MMA à l'adresse suivante:

**MMA DC AIS - Division prévoyance, 1 allée du Wacken - 67978 Strasbourg Cedex 09**  
Pour tout renseignement sur un sinistre, veuillez appeler au : **03 88 11 70 08 - 03 88 11 70 21**

**ASSURANCE DE BASE : CONTRAT N° 118 270 250**

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CLUB ASSURE**

. NOM : ..... N° AFFILIATION : .....  
. ADRESSE : .....  
. REPRESENTANT : .....

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE LICENCIÉ ASSURE**

Nom, Prénom : ..... Tél. | | | | | | | | | |  
Adresse : .....  
Code postal | | | | | Ville : .....  
Date de naissance : ..... Sexe : .....

Les garanties facultatives accordées par le contrat n° 116 434 152 ont-elles été souscrites ( Indemnités journalières et/ou capitaux complémentaires ) ?

Si oui, préciser l'option :

**LE SINISTRE**

Date : ..... Heure : .....  
Lieu : ..... Département : .....

PRECISEZ LA NATURE DES DOMMAGES QUE VOUS AVEZ SUBIS :

- Corporels **Erreur ! Signet non défini.**  OUI - **Erreur ! Signet non défini.**  NON - Matériel **Erreur ! Signet non défini.**  OUI - **Erreur ! Signet non défini.**  NON

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

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

**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 <ul style="list-style-type: none"> <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> </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>	<p><b>Si les garanties complémentaires ont été souscrites :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>♦ <u>Pour les personnes exerçant une activité salariée</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le certificat d'arrêt de travail</li> <li>- le bulletin de salaire des trois mois précédant l'accident</li> <li>- les bulletins de salaires des mois suivant l'arrêt de travail (sur lesquels figure la perte de revenus)</li> <li>- les décomptes des règlements de la Sécurité sociale et de tout autre régime de prévoyance susceptible de régler des indemnités journalières.</li> </ul> </li> <li>♦ <u>Pour les non salariés</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le certificat d'arrêt de travail</li> <li>- les avis d'imposition des trois dernières années précédant l'accident.</li> </ul> </li> </ul>
--	---

Fait à ..... le .....

Signature du Secrétaire du Club (obligatoire)

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