

**DECLARATION D'ACCIDENT DOMMAGES CORPORELS  
A UTILISER PAR LA VICTIME ASSUREE**

**CONTRAT N° 147 257 038**

**à transmettre PAR MAIL  
au plus tard DANS LES 5 JOURS OUVRES A :**

**ASSUR CONNECT  
LA GRANDE ARCHE**

**1 Parvis de la Défense 92800 PUTEAUX  
[contact@assur-connect.com](mailto:contact@assur-connect.com)**

Nom et adresse de l'assuré :

Compagnie d'assurance : **MMA**  
**Contrat Individuelle Accidents n° 147 257 038**

Nom et adresse de l'Association /N° d'affiliation (**A renseigner OBLIGATOIREMENT**)

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

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME (**A renseigner OBLIGATOIREMENT**)

**Nom, Prénom et date de naissance :** .....

Adresse : .....

Profession : .....

N° de Licence et fédération d'appartenance (facultatif) : .....

Téléphone / Courriel : .....

CAUSES ET CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT (**A renseigner OBLIGATOIREMENT**)

Nature de l'événement :

Compétition                       Entraînement.....  Autres

**DATE DU SINISTRE :** .....

Description des causes et circonstances de l'accident : .....

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

(Croquis + Plan des lieux à joindre à la déclaration si nécessaire)

Un rapport de police, de gendarmerie ou autre a-t-il été établi ? ..... OUI..... NON (1)  
Si oui veuillez l'ajouter au dossier .....

Existe-t-il un témoin de l'accident ..... OUI NON (1)  
Dans l'affirmative, nom et adresse :

Si recours possible :

Coordonnées exactes du responsable :: .....

Nom : .....

Adresse : .....

N° de contrat : .....

Sa compagnie d'assurance : .....

Renseignements nécessaires à la gestion du dossier : .....

L'assuré a-t-il déjà été victime d'un accident similaire ? OUI NON (1)

Si oui, à quelle date? .....

Un autre contrat est-il susceptible d'intervenir ? OUI NON (1)

Si oui, coordonnées de la société d'assurance .....

N° de contrat : .....

Observations diverses : .....  
.....  
.....

Etablie le .....

A .....

Signature de l'assuré

(1) rayer la ou les mentions inutiles

**IMPORTANT**

Il est impératif de **JOINDRE A LA DECLARATION LE CERTIFICAT MÉDICAL INITIAL AVEC LES JUSTIFICATIFS DE FRAIS ENGAGÉS** et de répondre avec précision aux questions posées dans la déclaration, relater exactement les circonstances de l'accident et l'adresser **dans le délai de 5 jours fixé au contrat.**

**A TRANSMETTRE PAR MAIL A**

**ASSUR CONNECT  
LA GRANDE ARCHE**

1 Parvis de la Défense

92800 PUTEAUX

[contact@assur-connect.com](mailto:contact@assur-connect.com)

**UN ACCUSE DE RECEPTION VOUS SERA TRANSMIS PAR LE COURTIER A RECEPTION**