



MMA COTE BASQUE

BP 237
64502 ST JEAN DE LUZ CEDEX
E-Mail : v.etchevers@mma.fr
N° ORIAS : 07010607

Police A118270246
Sociétaire : F.F.P.B.

DECLARATION DE SINISTRE

Date et heure de survenance : _____ Club : _____

Lieu de sinistre : _____

Renseignements concernant la victime

Nom, Prénom : _____ Tél : _____

e-mail: _____

Adresse : _____

Date de naissance : _____ Profession : _____

Avez-vous souscrit une garantie complémentaire ? non oui option 1 option 2

Nom du secrétaire du Club : _____

Adresse : _____

Tampon du Club

Circonstances de l'Accident

(indiquer le lieu, l'heure et la nature de l'accident, les circonstances dans lesquelles il s'est produit, la nature des blessures...)

Spécialité pratiquée : _____ Poste : _____

Témoins : _____

IMPORTANT :

Merci de retourner cette déclaration accompagnée des documents suivants :

- copie de la licence
- certificat médical initial avec descriptif de la lésion
- arrêt de travail (si délivré)

A....., le

signature