



DECLARATION D'ACCIDENT TOUCH

ACCIDENT

Date : Lieu :

Le cas échéant : Témoin(s), nom coordonnées email et adresse :
.....

JOUEUR VICTIME DE L'ACCIDENT

Nom : Prénom : Né(e) le :

Adresse :

Code postal : Ville :

Email * :@..... Tél * :

Nom du club : Ville du club :

N° de licence (obligatoire) : |_|_|_|_| N° du club licencié : |_|_|_|_|_|

N° de Sécurité Sociale : Nom et N° de mutuelle :

Avez-vous souscrit l'option individuelle accidents facultative ? OUI NON

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT (A INDIQUER PRECISEMENT)

Descriptif détaillé de l'accident :

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

JOUEUR AUTEUR DE L'ACCIDENT (LE CAS ECHEANT)

Nom : Prénom : Email * :@.....

Adresse :

Je soussigné(e), M. ou Mme. reconnais la véracité des faits rapportés **.

Fait, le .../.../.....

Signature du licencié :

* Ces informations permettront de faciliter les échanges entre AMB, MMA et le licencié pour la gestion des sinistres ;

** Toute fausse déclaration est susceptible d'engager la responsabilité de son auteur.



CE DOCUMENT EST A ADRESSER SOUS 5 JOURS APRES L'ACCIDENT A :

AMB Assurances (Agence MMA)- 72, rue Aristide BRIAND – 92 300 LEVALLOIS-PERRET

Tél : 01.42.70.32.11 / amb@mma.fr

N° ORIAS : 07023135

Merci de joindre les documents suivants à la présente déclaration :

- La photocopie de la licence TOUCH France en cours de validité de la victime (et du joueur responsable le cas échéant) ;
- En tant que victime d'un accident corporel, vous devez transmettre un certificat médical descriptif des blessures ainsi que, le cas échéant, les devis ou factures liés ;
- En tant que victime d'un accident matériel, vous devez nous faire parvenir le devis des réparations et parallèlement déclarer le sinistre à votre assureur personnel.

Les informations recueillies dans le présent constat d'accident font l'objet d'un traitement informatisé et sont nécessaires au traitement de votre dossier. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant.

Ce droit peut être exercé auprès de AMB Assurances (N° ORIAS : 07 023 135) : 72, rue Aristide BRIAND – 92 300 LEVALLOIS-PERRET – tél : 01.42.70.32.11 / amb@mma.fr

Pour faire appel à MMA Assistance :

Depuis la France : 01.47.11.70.00

Depuis l'étranger : 33.1.47.11.70.00

En indiquant :

- le numéro du contrat d'assurance n° **145 137 140**
- Le code produit assistance n° **100.480**
- vos nom et adresse en France (ou ceux du souscripteur du contrat),
- le numéro de téléphone, de télécopie ou adresse mail auquel on peut vous joindre, les renseignements permettant au médecin de MMA ASSISTANCE d'entrer en relation avec le médecin qui a prodigué les premiers soins.

Attention, aucune prestation ne sera délivrée et aucun remboursement effectué sans l'accord préalable de MMA Assistance.