

DECLARATION D'ACCIDENT

A compléter avec le professeur ou l'enseignant et à transmettre dans les 5 jours ouvrés à :

MMA- SARL SOLUTIONS ASSURANCES
3, Rue Humblot 75015 PARIS

• **Par courrier** (lettre recommandée non exigée)
• **Par courriel** : **solutionsassurances@mma.fr**

Tél. : 01.40.59.29.29

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHERENT ASSURE

Sexe : MASCULIN FEMININ

Nom / prénom : ☎ : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Adresse : CP : _____ Ville :

Date de naissance (si pers. physique) : ___ / ___ / _____

N° D'ADHERENT : (joindre obligatoirement une photocopie)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT

Date : ___ / ___ / _____ Heure :

Lieu (CP, ville) _____ Ville :

PRECISER LA NATURE DES DOMMAGES SUBIS : CORPORELS : OUI NON MATERIEL : OUI NON

Décrire les causes et circonstances de l'accident (obligatoire) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(croquis + plan des lieux à joindre à la déclaration d'accident si nécessaire)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA RESPONSABILITE CIVILE

A-t-il été établi un **constat amiable** ? OUI NON (si oui, joindre obligatoirement une photocopie)

A-t-il été dressé un **procès-verbal** de police ou gendarmerie ? OUI NON (si oui, joindre obligatoirement une photocopie)

Témoins éventuels (indiquer les noms et adresse) :

- Témoin n° 1 :

- Témoin n° 2 :

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

Si oui, indiquer son nom, prénom :

Son adresse : ☎ :

Coordonnées de son assureur : N° de son contrat :



ENTREPRISE

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 MMA IARD de votre recours : OUI NON

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES DOMMAGES CORPORELS SUBIS PAR L'ASSURE

La victime est-elle décédée des suites de l'accident ? OUI NON

Si non, décrire les lésions (fournir obligatoirement le certificat médical les constatant) :

.....

.....

- Nature et siège des blessures :

- Date du premier examen médical :

- Hospitalisation OUI NON date du au

- Arrêt de travail OUI NON date du au

Organisme de prévoyance (Sécurité sociale, Mutualité agricole, ...) :

N° d'immatriculation : _____

Adresse / coordonnées de l'organisme :

Organisme complémentaire (mutuelle, contrat d'assurance maladie, ...) :

N° du contrat :

Adresse / coordonnées de l'organisme:

Pour vous faire rembourser, toujours joindre :

Pour des frais d'hospitalisation, médicaux ou pharmaceutiques :

- le décompte du régime social,
 - le décompte du régime complémentaire, si vous en avez un,
 - un certificat médical descriptif des blessures,
- la note de frais de l'établissement de soins (duplicata) en cas d'hospitalisation,

Fait à : Le : ___ / ___ / _____

Pour l'assuré :

« J'atteste de l'exactitude des informations et de la réalité des faits énoncés »

Signature :



ENTREPRISE

Information spécifique sur la collecte et l'utilisation de vos données de santé :

Vos données personnelles sont traitées par l'Assureur ou par le Groupe Covéa, auquel il appartient, responsables de traitement. Vous trouverez les coordonnées de l'Assureur sur les documents qui vous sont remis ou mis à votre disposition. Le Groupe Covéa est représenté par Covéa, Société de Groupe d'Assurance Mutuelle régie par le Code des assurances, RCS Paris 450 527 916, dont le siège social se situe 86-90 rue St Lazare 75009 Paris. Pour obtenir des informations sur le Groupe Covéa, vous pouvez consulter le site <https://www.covea.eu>.

L'Assureur et le Groupe Covéa traitent des données personnelles relatives à votre santé aux fins de gestion de votre sinistre. Ces données sont également utilisées à des fins de lutte contre la fraude à l'assurance.
En aucun cas vos données de santé ne seront utilisées à des fins de prospection commerciale.

Pour garantir la confidentialité de vos données de santé et le respect du secret médical, elles sont destinées exclusivement :

- au service médical de l'Assureur ainsi qu'au seul personnel spécifiquement formé à leur traitement par le service médical, d'une part, et
- dans le cas où elles sont nécessaires à l'instruction et à la gestion de votre sinistre, aux seuls assureurs et organismes directement concernés.

Compte tenu de leur particulière sensibilité, le traitement décrit ci-dessus est soumis à l'obtention de votre consentement. Vous avez la possibilité de ne pas donner votre consentement ou le retirer à tout moment. En cas de refus ou de retrait de votre consentement, l'Assureur ne sera pas en mesure d'instruire et de gérer votre sinistre.

Vous pouvez exercer votre droit de retrait auprès du Délégué à la Protection des Données à l'adresse suivante :

- Protection des données personnelles - MMA - 160 rue Henri Champion 72030 Le Mans Cedex 9,
- protectiondesdonnees@groupe-mma.fr.

Les informations complémentaires sur vos droits et le traitement de vos données personnelles sont disponibles sur le site de l'Assureur sous l'onglet « Vie privée ».

