

CONSTAT D'ACCIDENT DE GOLF SAISON 2015

ACCIDENT

Date :

Lieu (Golf) + N° du trou :

Témoin(s), nom et adresse :

.....

JOUEUR AUTEUR DE L'ACCIDENT

Nom : Prénom : Né(e) le :

Adresse :

Code postal : Ville :

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

Nom du club : Index :

Email* :@..... tél* :

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT (A INDIQUER PRECISEMENT)

Descriptif obligatoire de l'accident : (position de l'auteur de l'accident, position de la victime, lieu de l'impact, dégâts matériels constatés, etc)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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.

Les informations recueillies dans le présent constat 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 / fax : 01.42.70.52.15 / amb@mma.fr

VICTIME DE L'ACCIDENT

Nom : Prénom : Né(e) le :

Adresse.....

Code postal : Ville :

Email* :@.....

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

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

Nom du club : Index :

Avez-vous souscrit : une option 1 (5€) une option 2 (29 €)

Etes vous victime d'un accident corporel ou matériel (casse matériel de golf, voiture, immeuble, autres à préciser) ?

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

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

Fait, le / / Signature :

* 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.

Croquis éventuel:

CE DOCUMENT EST A ADRESSER SOUS 15 JOURS A :

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

Tél : 01.42.70.32.11 / Fax : 01.42.70.52.15 / amb@mma.fr

N° ORIAS : 07 023 135

Merci de joindre les documents suivants à la présente déclaration :

- La photocopie de la licence ffgolf 2014 de la victime et du joueur responsable ;
- 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.