ENTREPRISE

la Compagnie DU SPORT

DECLARATION D'ACCIDENT

Contrat N° 127.914.143

ADAC FRANCE – 61 Chemin du Lazard – 38960 ST AUPRE - adacfrance@gmail.com

A renvoyer dans les 5 jours à :

MMA – La Compagnie du Sport
6 rue Faure du Serre - 05000 GAP
Tél : 04.92.51.89.10 - E-mail : info@lacompagniedusport.com

R/A : C0010

I. LE CLUB

- NOM : .....
- ADRESSE : .....
- TELEPHONE :..... ▸ E-MAIL : .....
- REPRESENTANT : .....
- N° AFFILIATION :.....

II. LA VICTIME

Nom, Prénom : .....

Tél. : ……/……/……/……/……. – E-mail : .....

Adresse :.....

Code postal I__I__I__I__I__I Ville .....

Date de naissance : ……/……/…… - Sexe : ☐ M ☐ F

N° DE LICENCE FEDERALE : …….. ***Joindre obligatoirement une photocopie***

Une option « indemnité journalière » a-t-elle été souscrite ? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, joindre la copie du bulletin d'adhésion.

III. L'ACCIDENT

Date : ……/……/…… Heure : ……h…….

Lieu : …… Département : ……

PRECISEZ LA NATURE DES DOMMAGES SUBIS :

- Corporels : ☐ Oui ☐ Non - Matériel : ☐ Oui ☐ Non

PRECISEZ LES CAUSES ET CIRCONSTANCES DETAILLEES : (votre réponse est obligatoire)

.....

.....

.....

.....

DECLARATION D'ACCIDENT

Contrat ADAC N° 127.914.143

IV. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA RESPONSABILITÉ CIVILE

A-t-il été établi un **constat amiable** ? ☐ Oui ☐ Non
A-t-il été dressé un **procès-verbal** de gendarmerie ou de commissariat ? ☐ Oui ☐ Non
Si oui : - Coordonnées des autorités : .....
- N° du procès-verbal : .....

Témoins éventuels (indiquez les noms et adresse) :
- M.....
- M.....

Un **tiers** est-il en **cause** (personne autre que "l'Assuré") ? Nom, Prénom : .....
Adresse :.....
Nature des dommages subis par le tiers :.....

Coordonnées de son assureur : Nom : .....
- Adresse : .....
- N° de contrat : .....

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 : .....
.....
Vous confirmez-nous que vous chargez les MMA de votre recours ? ☐ Oui ☐ Non

V. DOMMAGES CORPORELS SUBIS PAR L'ASSURÉ

L'assuré est-il décédé ? ☐ Oui ☐ Non

Description des lésions (**fournir obligatoirement le certificat médical les constatant**) : .....
.....
.....

Organisme de prévoyance (Sécurité sociale, Mutualité agricole...) : N° d'immatriculation :.....
Nom : .....
Adresse :.....

Organisme complémentaire (Mutuelle, contrat d'assurance maladie....) : N° d'affiliation ou de contrat : .....
Nom : .....
Adresse :.....

Pour vous faire rembourser, joignez toujours : . pour des frais d'hospitalisation ou de clinique . pour des frais médicaux ou pharmaceutiques - le décompte du régime social, - le décompte du régime complémentaire, si vous en av - **un certificat médical descriptif des blessures**. **N'oubliez pas, en cas d'hospitalisation ou de clinique :** - la note de frais de l'établissement de soins (duplicata)	**Si les garanties complémentaires ont été souscrites** : ◆ Pour les personnes exerçant une activité salariée - le certificat d'arrêt de travail - le bulletin de salaires des trois mois précédant l'accident - les bulletins de salaires des mois suivant l'arrêt de travail (sur lesquels figure la perte de revenus) - les décomptes des règlements de la Sécurité Sociale et de tout autre régime de prévoyance susceptible de régler des indemnités journalières. ◆ Pour les non-salariés - le certificat d'arrêt de travail - les avis d'imposition des trois dernières années précédant l'accident.

Fait à ..... le.....

Signature du Représentant du Club (obligatoire) Signature de la victime ou de son représentant (à préciser)