

## DECLARATION D'ACCIDENT

Contrat N° 145.556.859

Fédération Kickboxing Disciplines Associées - 50 rue Palloy - 92110 Clichy

**A renvoyer dans les 5 jours à :**  
**La Compagnie du Sport / MMA - 6 rue Faure du Serre - 05000 GAP**  
**Tél : 04.92.51.89.10 - E-mail : info@lacompaniedusport.com**

### I. LE CLUB

- Nom de l'association : ..... R/A : C0690
- Adresse de l'association : .....  
.....
- Téléphone : ..... E-mail : .....
- Nom du Président : ..... Mobile : .....

### II. LA VICTIME

Nom, Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../..... Sexe :  M  F

Adresse : .....

Code postal |\_|\_|\_|\_|\_| Ville

Tél. : ...../...../...../...../..... E-mail : .....

N° d'adhérent FKBD : ..... **Joindre obligatoirement une photocopie de la licence**

### III. L'ACCIDENT

Date : ..... Heure : .....

Lieu : ..... Département : .....

PRÉCISEZ LA NATURE DES DOMMAGES QUE VOUS AVEZ SUBIS :

- Corporels :  Oui  Non

- Matériel :  Oui  Non

PRÉCISEZ LES CAUSES ET CIRCONSTANCES DÉTAILLÉES (votre réponse est obligatoire) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

# DECLARATION D'ACCIDENT

Contrat FKBD A N° 145.556.859

## 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 nom, adresse, téléphone et e-mail) :

- M .....

- M .....

Un **tiers** est-il en **cause** (personne autre que « l'Assuré ») ? Nom, Prénom : .....

Adresse / téléphone / e-mail : .....

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 avez un,
- 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
- les bulletins 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 de l'association (**obligatoire**)

Signature de la victime ou de son représentant (**à préciser**)