

DECLARATION D'ACCIDENT

Contrat N° 127.933.910

Fédération de Parkour – 1 A Place des Orphelins - 67000 STRASBOURG - contact.fpk@gmail.com

A renvoyer dans les 5 jours à :
La Compagnie du Sport / MMA
6 rue Faure du Serre - B.P. 80011 - 05001 GAP Cedex
Tél : 04.92.51.89.10 - E-mail : info@lacompaniedusport.com

I. LE CLUB

- ▶ NOM :
▶ ADRESSE :
▶ TÉLÉPHONE : ▶ E-MAIL :
▶ REPRESENTANT :
▶ N° AFFILIATION :

II. LA VICTIME

Nom, Prénom :
Tél. :/...../...../...../.....
Adresse :
Code postal |_|_|_|_| 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 QUE VOUS AVEZ SUBIS :

- Corporels : Oui Non - Matériel : Oui Non

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

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

DECLARATION D'ACCIDENT

Contrat FPK N° 127.933.910

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-vous 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
 - 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)