



DECLARATION D'ACCIDENT

Contrat N° 146.643.927

KMRED GROUP INTERNATIONAL – 287 ROUTE DE TENDURE – 40380 GAMARDE LES BAINS

À 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. L'ASSOCIATION

- Nom de l'association : R/A : **C1018**
- 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 KMRED : **Joindre obligatoirement une photocopie de la licence**

III. L'ACCIDENT

Date : Heure :

Lieu : Département :

PRECISEZ LA NATURE DES DOMMAGES SUBIS :

- Corporels : Oui Non

- Matériel : Oui Non

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

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



DECLARATION D'ACCIDENT

Contrat N° 146.643.927

KMRED GROUP INTERNATIONAL – 287 ROUTE DE TENDURE – 40380 GAMARDE LES BAINS

IV. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA RESPONSABILITE 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 :

| | |
|---|--|
| <p>Pour vous faire rembourser, joignez toujours :</p> <ul style="list-style-type: none"> . 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. <p>N'oubliez pas, en cas d'hospitalisation ou de clinique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la note de frais de l'établissement de soins (duplicata) | <p>Si les garanties complémentaires ont été souscrites :</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ <u>Pour les personnes exerçant une activité salariée</u> <ul style="list-style-type: none"> - 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. ♦ <u>Pour les non salariés</u> <ul style="list-style-type: none"> - 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**)