

DECLARATION D'ACCIDENT

Contrat N° 146.223.289

Fédération Full boxing et DA – 12 rue de la Liberté – 95100 ARGENTEUIL

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 : C0701
- 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 FBDA : **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 FBDA N° 146 223 289

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**)