



## DECLARATION D'ACCIDENT

Contrat N° 146.911.171

UFVFFVD – 13 B Rue Drichon – 03200 VICHY

**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@lacompagniedusport.com**

### I. LE CLUB

- Nom de l'association : ..... R/A : C0202
- 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 UFVFFVD : ..... **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 UFVFVD N° 146.911.171

#### 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 Assurance Cumulatives à vos Assureurs RC :**

Nom de la compagnie : ..... N° de contrat : .....

Adresse : .....

.....

Nous 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
  - 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**)