



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 - 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 : C0696
- 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 FKBDA : **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 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 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'ASSURE

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 <ul style="list-style-type: none"> - 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**)