

DECLARATION D'ACCIDENT à renvoyer dans les 5 jours au plus tard avec photocopie de la licence en cours à l'adresse suivante :

David DEGROISE- Agent ALLIANZ – 16, rue des Carabiniers de Mr – BP 183 – 49415 SAUMUR CEDEX

% 02 41 51 19 32 – Fax 02 41 50 73 56 - E.Mail : h949261@agents.allianz.fr Internet : www.agf.fr/degroised

Votre club se tient à votre disposition pour vous aider à remplir ce document

Afin de permettre une indemnisation la plus rapide possible, merci de répondre aussi précisément que possible à ces questions. Cet accident doit être déclaré à votre caisse du régime de prévoyance et auprès de votre régime complémentaire éventuel (mutuelle, société d'assurance).

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CLUB

Nom.....Tél. :.....
N°.....Rue.....Lieu-dit.....
Code postal.....Commune.....

L'ACCIDENT

Date et lieu de l'accident.....
Circonstances de l'accident.....

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME

<input type="checkbox"/> Titulaire de la licence fédérale N° de licence (obligatoire) :	<input type="checkbox"/> Non titulaire de la licence fédérale précisez
---	--

Titulaire d'un contrat – Options Indemnités journalières NON OUI Si oui, n° d'adhésion.....
Nom.....Prénom.....
Profession.....Date de naissance.....
N°.....Rue.....Lieu-dit.....
Code postal.....Commune.....Tél.....

REGIME SOCIAL OBLIGATOIRE DE LA VICTIME

* Régime applicable : Régime général Profession agricole Etablissement public (S.N.C.F.-E.D.F...)
 Travailleurs non salariés Fonctionnaire Autres

Numéro d'immatriculation :
Adresse de l'organisme social.....

* Affiliation :

à titre personnel
 du fait du conjoint ou d'un parent, si c'est le cas, précisez : Nom.....Prénom.....

* Si la victime est «Fonctionnaire» ou «agent d'une collectivité locale», précisez le statut : Titulaire Contractuel

Coordonnées de l'organisme payeur.....

REGIME SOCIAL COMPLEMENTAIRE DE LA VICTIME

Bénéficiez-vous d'un régime complémentaire ?.....OUI NON
Si oui, lequel Mutuelle N° d'identification.....
 Société d'Assurance ou autre N° du contrat.....
Non et adresse de cet organisme.....

AUTEUR DE L'ACCIDENT

<input type="checkbox"/> Titulaire de la licence fédérales N° de licence (obligatoire) :	<input type="checkbox"/> Non titulaire de la licence fédérale précisez
--	--

(dans le cas où il y en a un)

Nom.....Prénom.....
Profession.....Date de naissance.....
N°.....Rue.....Lieu-dit.....
Code postal.....Commune.....Tél.....

NATURE DU PREJUDICE (remplir obligatoirement et joindre le certificat médical de constatation des blessures)

Description des blessures.....

Avez-vous été hospitalisé ?.....OUI NON Si oui,durée.....
Serez-vous hospitalisé ultérieurement ?.....OUI NON

A.....Le.....

Signature de la victime

Signature de l'auteur de l'accident

Cachet du Club