



DÉCLARATION D'ACCIDENT à renvoyer dans les 5 jours au plus tard à :

ALLIANZ - Assurances Degroise (N°ORIAS 07 020 714)

16 rue des Carabiniers de Monsieur- BP 183 - 49415 SAUMUR CEDEX

02 41.51.19.32 - Fax : 02.41.50.73.56- E.Mail : h949261@agents.allianz.fr



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).

La déclaration d'accident doit impérativement être accompagnée de la photocopie de la licence en cours de validité.

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

Titulaire de la licence fédérale N° de licence (obligatoire) :
Non Titulaire de la licence fédérale précisez :

Titulaire d'un contrat - Option Indemnités Journalières - NON OUI Si oui, n° d'adhésion.....
Nom ..... Prénom.....
Profession..... Date de naissance .....
N° ..... Rue / Lieu-dit..... Email.....
Code Postal ..... Commune ..... Tél : ..... Port. : .....

RÉGIME 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 .....

RÉGIME SOCIAL COMPLÉMENTAIRE 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
Nom et adresse de cet organisme .....
Tél : .....

AUTEUR DE L'ACCIDENT

(dans le cas où il y en a un):

Titulaire de la licence fédérale N° de licence (obligatoire)
Non Titulaire de la licence fédérale précisez :

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

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

Description des blessures : .....

Avez-vous été hospitalisé(e) ? OUI NON Si oui, durée :
Serez-vous hospitalisé(e) ultérieurement ? OUI NON

A. ...., le / /

Signature de la victime

Signature de l'auteur de l'accident

Cachet du Club