



DECLARATION D'ACCIDENT

ASSURANCE COLLECTIVE DES SPORTIFS : ACCIDENT



Le formulaire est à envoyer dans un délai de 15 jours au Ministère des Sports



1. Saisie

Les champs marqués d'un * sont obligatoires

Identité du club

Nom du club : *

Nom de la Fédération : *

Nom du secrétaire du club : *

Identité du blessé

Nom : *

Prénom : *

Licence n° : *

Date de naissance : *

Numéro, rue : *

Localité : *

Code postal : *

Pays : *

Numéro de téléphone fixe : *

GSM : *

E-mail : *

Profession : *

Description de l'accident

Date de l'accident : *

Heure de l'accident : *

Lieu de l'accident : *

Circonstance de l'accident :
(entraînement, compétition,
manifestation ...) *

A quelle heure l'accident a-t-il été déclaré
par l'arbitre ou au juge compétent? *

Nom : *

Description exacte de
l'accident : *



L'accident a-t-il été déclaré auprès
d'autres compagnies d'assurances? *

Nom de témoins : *

2. Signatures des déclarants

Les signatures ci-après certifient la conformité des données fournies

Fait à : *

Fait à : *

Le : *

Le : *

Signature du
secrétaire : *

Signature du
blessé : *

3. Saisie du médecin

Certificat médical

Nom du médecin traitant : *

Début du traitement : *

Diagnostic : *

Le blessé a-t-il été transporté
dans une clinique? *

Non Oui, dans laquelle?

Conséquence de l'accident : *

Y a-t-il une invalidité
permanente à prévoir? *

4. Signature (du médecin)

Les champs marqués d'un * sont obligatoires

Fait à : *

Le : *

Signature
et cachet : *