

CONTRAT GENERALI N° 66075306 SOUSCRIT PAR LA L.P.I.F.F.

FORMULAIRE DE DECLARATION D'ACCIDENT

à compléter par le blessé et à contresigner par le responsable du club
à adresser dans les 5 jours de sa survenance accompagné des documents demandés à

ASCORA GUILLERMIN – 37 rue Pierre Lhomme – CS 40001 – 92415 COURBEVOIE CEDEX

IDENTIFICATION DU BLESSE

Nom et Prénom du blessé Date de naissance :

Adresse

Code Postal Ville

N° de Téléphone Adresse mail

Le blessé est LICENCIÉ DIRIGEANT ARBITRE BENEVOLE AUTRE :

Si le blessé est licencié, club de rattachement :

Nom et Adresse du club

Nom et adresse du correspondant

N° de Téléphone Adresse mail

Le blessé a-t-il souscrit des garanties complémentaires ?

OUI NON Option A B C D E F avec IJ sans IJ

INFORMATIONS CONCERNANT LE BLESSE

Le blessé est : SALARIE ETUDIANT AUTRE :

Nom et Adresse de l'employeur ou de l'établissement scolaire ou universitaire

➤ REGIME DE PREVOYANCE OBLIGATOIRE

Le blessé est : ASSURE SOCIAL TRAVAILLEUR INDEPENDANT OU COMMERCANT AUTRE :

N° d'immatriculation :

➤ REGIME DE PREVOYANCE COMPLEMENTAIRE OUI NON

Nom de la mutuelle ou organisme assureur N° de contrat

Adresse de la mutuelle ou organisme assureur

➤ MUTUELLE FRAIS DE SANTE OUI NON

Nom de la mutuelle ou organisme assureur N° de contrat

Adresse de la mutuelle ou organisme assureur

INFORMATION CONCERNANT L'ACCIDENT

L'accident s'est produit au cours :

D'UN TRAJET D'UN ENTRAINEMENT D'UNE COMPETITION DE LIGUE
 DE DISTRICT
 AUTRE

AUTRE CAS A PRECISER

Date de l'accident Heure Le blessé a-t-il été hospitalisé :

Lieu et Département de l'accident OUI NON

Un procès verbal ou tout autre rapport par les autorités locales précisant les circonstances de l'accident a-t-il été établi ? OUI NON

Si oui, coordonnées

CIRCONSTANCES EXACTES DE L'ACCIDENT

.....

Nom de la compétition et des clubs en présence

➤ **COORDONNEES DES TEMOINS**

Nom et adresse

Signature

Nom et adresse

Signature

➤ **AUTRES PERSONNES IMPLIQUEES DANS L'ACCIDENT**

Nom et adresse

Nom et adresse

PIECES A FOURNIR OBLIGATOIREMENT

Dans les 5 jours de survenance de l'accident

- Déclaration d'accident dûment complétée et signée de votre club
- Certificat médical initial des blessures (fourni par le médecin traitant)
- Photocopie recto verso de la licence si le blessé est licencié

Si frais médicaux restés à votre charge, après intervention du régime obligatoire et complémentaire

- Si pas de mutuelle : originaux des bordereaux de la Sécurité Sociale
- Si Mutuelle : originaux des bordereaux de la Mutuelle

En cas d'hospitalisation :

- Bulletin de situation fourni par l'hôpital

Si arrêt de travail et perte de salaire pour les bénéficiaires de la garantie « indemnités journalières » :

- Certificat d'arrêt de travail (fourni par le médecin traitant).
- Copie des 2 derniers bulletins de paie précédant l'accident.
- Copie du (ou des) bulletin (s) de paie sur le(s)quel(s) le salaire a été retenu
- Originaux des bordereaux du versement des indemnités journalières du régime obligatoire et éventuellement des régimes de prévoyance.

En cas de décès ou invalidité :

- Acte de décès et un certificat précisant la cause du décès et l'origine
- Certificat médical précisant la date de la première constatation de l'affection, la nature exacte de l'affection ou des blessures et les antécédents éventuels.

Fait à _____ le _____

Signature du blessé :

Signature du correspondant et cachet du club :