



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