DECLARATION D'ACCIDENT à renvoyer dans *les 5 jours au plus tard à* :
Assurances DUGUE - 26 rue de la Petite-Bilange - BP 183 - 49415 SAUMUR CEDEX
☎: 02 41.51.19.32 - Fax : 02.41.50.73.56

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.....
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