



DECLARATION D'ACCIDENT RESPONSABILITE CIVILE

Police MMA n° 127 127 790

A REMPLIR PAR LE CLUB EN CAS D'ACCIDENT AVEC TIERS RESPONSABLE

à transmettre par mail **DANS LES 5 JOURS DE L'ACCIDENT** à contact@assur-connect.com

Nom, prénom Assuré :
Numéro adhésion FFCO :
Date adhésion :
Club adhérent :

Nom et adresse postale et mail du CLUB /N° d'affiliation (A REMPLIR OBLIGATOIREMENT)

.....
.....

Nom, Prénom et date de naissance de la victime : (A REMPLIR OBLIGATOIREMENT)

Adresse

Profession

N° de Sécurité Sociale

N° de Licence et fédération d'appartenance (facultatif) :

Date et lieu de l'accident

Coordonnées exactes de l'assureur de la victime ou du lésé : (A REMPLIR OBLIGATOIREMENT)

Nom :

Adresse :

N° de contrat :

CAUSES ET CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT : (A REMPLIR OBLIGATOIREMENT)

Date du sinistre :

Description des causes et circonstances de l'accident :

.....

(croquis+ Plan des lieux à joindre à la déclaration si nécessaire)

NATURE DES DOMMAGES :

Corporels (joindre IMPERATIVEMENT le certificat médical initial selon le modèle ci-dessous)

Matériels: Détail des dommages subis

Montant approximatif :

Lieu où les dommages matériels peuvent être constatés

Joindre tous les justificatifs (devis, factures etc...)

Autres:

CERTIFICAT MEDICAL DE LA VICTIME

Je soussigné docteur en médecine à

Déclare avoir examiné le M..... Adhérent de la FFCCO

victime d'un accident survenu le et avoir constaté les lésions suivantes :

SIEGE ET NATURE

Durée de l'arrêt de travail ou de l'incapacité jours date, cachet et signature du médecin

Durée de l'arrêt d'activité sportive jours

CERTIFICAT SUR PAPIER LIBRE REMIS A L'INTERESSE SUR SA DEMANDE POUR SERVIR ET VALOIR CE QUE DE DROIT
ACTE VALABLE DEVANT LES TRIBUNAUX

Existe-t-il un témoin de l'accident..... OUI NON (1)

Dans l'affirmative, nom et adresse :

Une plainte a-t-elle été déposée ? OUI NON (1)

Dans l'affirmative, auprès de qui

Un rapport de police, de gendarmerie ou autre a-t-il été établi ? OUI NON (1)

Dans l'affirmative, coordonnées et adresse

Quelles sont les mesures de sauvegarde qui ont été prises ?

IDENTIFICATION DE L'AUTEUR

Nom, prénom Entreprise Autre

Nom, Prénom et date de naissance :

Adresse :

Courriel :

Coordonnées exactes de l'assureur personnel :

Nom :

Adresse :

N° de contrat :

La responsabilité d'un tiers peut-elle être recherchée ?

Nom, Prénom et date de naissance :

Adresse :

Coordonnées de son assureur :

Observations diverses :

.....

Etablie le
(Cachet et signature)

(1) rayer la ou les mentions inutiles

IMPORTANT

Il est impératif de **JOINDRE LE CERTIFICAT MEDICAL INITIAL ET TOUS JUSTIFICATIFS DE FRAIS ENGAGÉS** et de répondre avec précision aux questions posées dans la déclaration, relater exactement les circonstances de l'accident et l'adresser **dans le délai de 5 jours fixés au contrat**.

Lors de l'envoi de la déclaration par mail

ASSUR CONNECT
contact@assur-connect.com

**Il vous sera accusé réception avec envoi de la référence dossier
et demande d'informations complémentaires par l'Assureur.**