



**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 .....

<b>RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME</b>	<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 : .....

<b>AUTEUR DE L'ACCIDENT</b> (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