

FEDERATION FRANCAISE DE KARATE ET ARTS MARTIAUX AFFINITAIRES

Contrat d'assurance AXA France IARD. N°2443526004

DECLARATION DE SINISTRE

PERSONNE BLESSEE

Nom : Date de naissance :
Prénom : Sexe :
Adresse : Téléphone :
Code postal : Bureau distributeur :
Numéro de licence : statut particulier : Président de club
Dirigeant Fédéré/Ligue/C.D
Athlète de haut niveau
Enseignants

Garantie d'assurance dont bénéficie le licencié :

Garantie de base automatiquement incluse dans la licence

Garantie facultative complémentaire : option 1 option 2

Date de l'accident | _ _ | _ _ | _ _ | _ _ |

Lieu de l'accident : Nom et adresse des témoins :

Régime de prévoyance :

* Sécurité Sociale N°

* Nom et N° Mutuelle

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

Compétition Entraînement Déplacement

Relater les faits avec le plus de précisions possible en faisant, si nécessaire, un croquis.

.....
.....
.....
.....
.....

PIECES A JOINDRE

Dans tous les cas : Photocopie de la licence, certificat médical décrivant les blessures et précisant, le cas échéant, la nécessité d'hospitalisation, et/ou une constatation des dégâts matériels, ainsi qu'un devis précisant le montant des réparations à effectuer.

Le cas échéant : justifications des frais médicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation, de transport, restant **à la charge du blessé** après remboursement de la Sécurité Sociale et de la Mutuelle ou tout autre régime de prévoyance (**originaux** des bordereaux de remboursement à joindre) et/ou facture acquittée mentionnant le montant des frais de réparation des dégâts matériels.

En cas de décès : certificat médical indiquant la cause du décès, fiches d'état civil concernant le défunt.

FEDERATION FRANCAISE DE KARATE ET ARTS MARTIAUX AFFINITAIRES

Contrat d'assurance AXA France IARD. N°2443526004

PERSONNE EFFECTUANT LA DECLARATION

Nom / Prénom :

Qualité :

Adresse :

Code postal : Bureau distributeur : Téléphone

signature :

UB

NOM :

Cachet du club et signature du responsable

Adresse :

N° affiliation :

CERTIFICAT MEDICAL EVENTUEL

A....., le.....

Je soussigné.....

Docteur en médecine à.....

déclare avoir examiné le.....

M.....

Victime d'un accident le

et avoir constaté les lésions suivantes (siège et nature)

Durée de l'arrêt de travail ou durée de l'incapacité physique totale jours

Durée de l'arrêt activité sportive jours

Cachet et signature du médecin (n° du conseil de l'ordre)

**Certificat sur papier libre remis à l'intéressé sur sa demande pour servir et valoir ce que de droit,
non valable devant les Tribunaux**

DECLARATION DE SINISTRE A ADRESSER DANS LES CINQ JOURS A

MARSH

DEPARTEMENT GESTION SPORTS LOISIRS & EVENEMENTS

54, Quai Michelet, 92681 LEVALLOIS-PERRET CEDEX

Tél : 0 810 359 359 -- Fax : 0810 000 205