



**CONTRAT GENERALI N° 66075306 SOUSCRIT PAR LA L.P.I.F.F.**

**FORMULAIRE DE DECLARATION D'ACCIDENT**

à compléter par le blessé et à contresigner par le responsable du club  
à adresser dans les 5 jours de sa survenance accompagné des documents demandés à

**ASCORA GUILLERMIN – 149 avenue Achille Peretti – 92522 NEUILLY CEDEX**

**IDENTIFICATION DU BLESSE**

Nom et Prénom du blessé ..... Date de naissance : .....

Adresse .....

Code Postal ..... Ville.....

N° de Téléphone ..... Adresse mail.....

Le blessé est  LICENCIÉ  DIRIGEANT  ARBITRE  BENEVOLE  AUTRE : .....

Si le blessé est licencié, club de rattachement :

Nom et Adresse du club .....

Nom et adresse du correspondant.....

N° de Téléphone ..... Adresse mail.....

Le blessé a-t-il souscrit des garanties complémentaires ?

OUI  NON Option  A  B  C  D  E  F  avec IJ  sans IJ

**INFORMATIONS CONCERNANT LE BLESSE**

Le blessé est :  SALARIE  ETUDIANT  AUTRE : .....

Nom et Adresse de l'employeur ou de l'établissement scolaire ou universitaire .....

➤ **REGIME DE PREVOYANCE OBLIGATOIRE**

Le blessé est :  ASSURE SOCIAL  TRAVAILLEUR INDEPENDANT OU COMMERCANT  AUTRE : .....

N° d'immatriculation : .....

➤ **REGIME DE PREVOYANCE COMPLEMENTaire**  OUI  NON

Nom de la mutuelle ou organisme assureur ..... N° de contrat .....

Adresse de la mutuelle ou organisme assureur .....

➤ **MUTUELLE FRAIS DE SANTE**  OUI  NON

Nom de la mutuelle ou organisme assureur ..... N° de contrat .....

Adresse de la mutuelle ou organisme assureur .....

**INFORMATION CONCERNANT L'ACCIDENT**

L'accident s'est produit au cours :

D'UN TRAJET  D'UN ENTRAINEMENT  D'UNE COMPETITION  DE LIGUE

DE DISTRICT

AUTRE

AUTRE CAS A PRECISER .....

Date de l'accident..... Heure.....

Lieu et Département de l'accident.....

Le blessé a-t-il été hospitalisé :

OUI  NON

Un procès verbal ou tout autre rapport par les autorités locales précisant les circonstances de l'accident a-t-il été établi ?  OUI  NON

Si oui, coordonnées.....



**CIRCONSTANCES EXACTES DE L'ACCIDENT**

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

Nom de la compétition et des clubs en présence.....  
.....

➤ **COORDONNEES DES TEMOINS**

Nom et adresse.....  
.....

Signature

Nom et adresse.....  
.....

Signature

➤ **AUTRES PERSONNES IMPLIQUEES DANS L'ACCIDENT**

Nom et adresse.....  
.....

Nom et adresse.....  
.....

**PIECES A FOURNIR OBLIGATOIREMENT**

**Dans les 5 jours de survenance de l'accident**

- Déclaration d'accident dûment complétée et signée de votre club
- Certificat médical initial des blessures (fourni par le médecin traitant)
- Photocopie recto verso de la licence si le blessé est licencié

**Si frais médicaux restés à votre charge, après intervention du régime obligatoire et complémentaire**

- Si pas de mutuelle : originaux des bordereaux de la Sécurité Sociale
- Si Mutuelle : originaux des bordereaux de la Mutuelle

**En cas d'hospitalisation :**

- Bulletin de situation fourni par l'hôpital

**Si arrêt de travail et perte de salaire pour les bénéficiaires de la garantie « indemnités journalières » :**

- Certificat d'arrêt de travail (fourni par le médecin traitant).
- Copie des 2 derniers bulletins de paie précédant l'accident.
- Copie du (ou des) bulletin (s) de paie sur le(s)quel(s) le salaire a été retenu
- Originaux des bordereaux du versement des indemnités journalières du régime obligatoire et éventuellement des régimes de prévoyance.

**En cas de décès ou invalidité :**

- Acte de décès et un certificat précisant la cause du décès et l'origine
- Certificat médical précisant la date de la première constatation de l'affection, la nature exacte de l'affection ou des blessures et les antécédents éventuels.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature du blessé :

Signature du correspondant et cachet du club :