DECLARATION D'ACCIDENT
POLICE INDIVIDUELLE ACCIDENT/LICENCES FEDERALES

Nous vous remercions de bien vouloir compléter les informations suivantes et nous retourner cet imprimé, dès que possible (5 jours maximum), à l'adresse suivante :

GROUPE ROEDERER
5 BIS RUE ST LEON 54000 NANCY
(Tel. 03 83 22 33 12 - indemnisations.nancy@roederer.fr)

DATE DE L'ACCIDENT ...../...../..... N° d'affiliation du Club : **.....**

DESIGNATION DE L'ASSOCIATION SPORTIVE .....

BLESSE : Nom et prénom : .....Date de naissance : ...../...../.....
Adresse complète : ……..
……
……..
N° de la licence : ..... Date d'enregistrement de la licence : ...../...../.....

ACTIVITE AU SEIN DU CLUB : • EDUCATEUR • JOUEUR

ACTIVITE PROFESSIONNELLE : • Salariale • Non salariale • Sans profession

OPTION INDEMNITE JOURNALIERE SOUSCRITE : • OUI • NON
Montant : ……..Euros

ARRET DE TRAVAIL : • OUI • NON

Le blessé dispose t-il par ailleurs d'une assurance complémentaire au Régime social ? • OUI • NON
nom et adresse de l'organisme ……
.....

Important *: quand le blessé dispose d'un régime social complémentaire accordé par une société mutualiste, il doit* ***impérativement*** *être indemnisé par celle-ci en priorité, notre contrat d'assurance intervenant pour le complément éventuel.*

CLAUSE DE SUBROGATION : (en cas de recours contre un tiers responsable)

Je déclare subroger TOKIO MARINE dans tous mes droits et actions contre le tiers responsable. En outre, je m'engage, dans l'éventualité ou j'obtiendrais directement le remboursement total ou partiel des mes frais, à rembourser les prestations versées par TOKIO MARINE selon les dispositions légales en vigueur.

OBLIGATION DE JOINDRE : Copie de la licence en cours (recto-verso)

NOM ET ADRESSE de la personne qui doit recevoir l'ACCUSE DE RECEPTION si différente de celle du BLESSE.....
.....
.....
.....

SIGNATURE :

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT - CERTIFICAT MEDICAL **VOIR AU VERSO**

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

DATE ET HEURE : ……
……...
LIEU : ……
……...

COMPETITION : ……..
……...
……...
……...

CIRCONSTANCES : ……..
……...
……...
……...
……...
……
……
.....
.....
.....
.....

SIGNATURE DE LA VICTIME

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, M. :
……..
……...

certifie avoir examiné
M.……
……...

victime d'un accident le : …../…../…..
et avoir constaté les lésions
suivantes :……..
……...
……...
……...
……...
……...
……...

- Durée de l'arrêt de travail :…….jours
- Durée de l'arrêt de l'activité sportive : ……. jours

Y a t-il hospitalisation ? • OUI • NON

CACHET ET SIGNATURE DU MEDECIN

Observations :

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……