



## DECLARATION D'ACCIDENT

ASSURANCE COLLECTIVE DES SPORTIFS : ACCIDENT



**Le formulaire est à envoyer dans un délai de 15 jours au Ministère des Sports**



### 1. Saisie

Les champs marqués d'un \* sont obligatoires

#### Identité du club

Nom du club : \*

Nom de la Fédération : \*

Nom du secrétaire du club : \*

#### Identité du blessé

Nom : \*

Prénom : \*

Licence n° : \*

Date de naissance : \*

Numéro, rue : \*

Localité : \*

Code postal : \*

Pays : \*

Numéro de téléphone fixe : \*

GSM : \*

E-mail : \*

Profession : \*

#### Description de l'accident

Date de l'accident : \*

Heure de l'accident : \*

Lieu de l'accident : \*

Circonstance de l'accident :  
(entraînement, compétition,  
manifestation ...) \*

A quelle heure l'accident a-t-il été déclaré  
par l'arbitre ou au juge compétent? \*

Nom : \*

Description exacte de  
l'accident : \*



L'accident a-t-il été déclaré auprès  
d'autres compagnies d'assurances? \*

Nom de témoins : \*

## 2. Signatures des déclarants

Les signatures ci-après certifient la conformité des données fournies

Fait à : \*

Fait à : \*

Le : \*

Le : \*

Signature du  
secrétaire : \*

Signature du  
blessé : \*

## 3. Saisie du médecin

Certificat médical

Nom du médecin traitant : \*

Début du traitement : \*

Diagnostic : \*

Le blessé a-t-il été transporté  
dans une clinique? \*

Non  Oui, dans laquelle?

Conséquence de l'accident : \*

Y a-t-il une invalidité  
permanente à prévoir? \*

## 4. Signature (du médecin)

Les champs marqués d'un \* sont obligatoires

Fait à : \*

Le : \*

Signature  
et cachet : \*