



GdB

Déclaration d'accident

Contrat FFBA / AGF
 entrée en vigueur : 01/09/07
 validité : saison 07/08
 secteur : GES
 nombre de pages : 1

5 grammes de plumes, des tonnes d'émotion

Déclaration d'accident à renvoyer dans les 5 jours au plus tard à : AGF Assurances Degroise - 26 rue de la Petite-Bilange - BP 183 - 49415 Saumur cedex — tel. : 02 41.51.19.32 - Fax : 02 41 50 73 56
 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

Renseignements concernant la victime

Titulaire de la licence fédérale oui, n° de licence (obligatoire) non, 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
 Code Postal Commune Tél. : Port.

Régime social obligatoire de la victime

Régime applicable : Régime Général Profession agricole Établissement public (SNCF, EDF...)
 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 Société d'Assurance ou autre N° d'identification
 N° du contrat
 Nom et adresse de cet organisme
 Tél.

Auteur de l'accident (dans le cas où il y en a un)

Titulaire de la licence fédérale oui, n° de licence (obligatoire) non, 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

À , le / /

Signature de la victime

Signature de l'auteur de l'accident

Cachet du Club