

DÉCLARATION D'ACCIDENT

Le formulaire est à compléter et à retourner soit par courrier soit par mail au plus tard dans les 5 jours ouvrés après accident à :

DC AIS – Division Prévoyance – 1 Allée du Wacken – 67978 STRASBOURG Cedex - Tél : 09.69.32.01.24

@mail : prevoyance-logistique@groupe-mma.fr

01 - Date & heure de l'accident :

03 - Assureur :

Fédération Sportive et Culturelle de France

22 rue Oberkampf, 75011 Paris

Tél : 01 43 38 50 57 - Fax : 01 43 14 06 65 - ORIAS 10058752

NOM ET ADRESSE DU RESPONSABLE DU CLUB

(Directeur, Président, Secrétaire)

Association: _____

Activité pratiquée : _____

02 - Lieu :

Ville : _____

Département : _____

04 - Blessé ⁽¹⁾ :

Nom, Prénom : _____

Adresse postale : _____

Code Postal – Ville : _____

N° de licence (ou d'adhérent) : _____

Date de naissance : _____

Profession : _____

Cocher la case correspondante

À souscrit à l'Assurance Activité Option :

Mini Midi Maxi Carte Ponctuelle (Pass FSCF)

05 - N° de police : A 120 053 905 (Pack activité)

06 - Circonstances de l'accident :

À l'occasion de :

Activités sportives (compétition, entraînements)

Activités culturelles (animations, rencontres, répétition, cours)

Trajet

Plein air

Camping

Scolaires

Autres : _____

Nature de la blessure : _____

Nom du médecin consulté ou de l'établissement hospitalier : _____

Nom et adresse des témoins : _____

À : _____

Signature du déclarant : _____

Le : _____

⁽¹⁾ LE BLESSÉ, BÉNÉFICIAIRE DU RÉGIME SOCIAL OBLIGATOIRE DE PAR SA PROFESSION OU CELLE DE SES PARENTS, OU PAR SA QUALITÉ D'ÉTUDIANT DOIT FAIRE IMMÉDIATEMENT UNE DÉCLARATION AUPRÈS DE SA CAISSE, NOTRE ASSURANCE N'INTERVENANT QU'EN COMPLÉMENT.

06 - À JOINDRE OBLIGATOIREMENT À LA DÉCLARATION

Certificat de constatation des blessures (précisant la durée de l'arrêt de travail si les indemnités journalières sont prévues au contrat) et note des frais engagés.