



# DÉCLARATION D'ACCIDENT – F.N.A.S.C.E

## Contrat N° F. 103827.026N

A envoyer dans les plus brefs délais à :  
**GMF ASSURANCES – Service Sinistres Risques Affinitaires**  
148 avenue Anatole France- 92597 LEVALLOIS-PERRET CEDEX

### INFORMATIONS GÉNÉRALES CONCERNANT LE GROUPEMENT SPORTIF

Est-ce : une association sportive  un comité départemental  une ligue  le siège fédéral

Dénomination \_\_\_\_\_

Adresse : n° rue \_\_\_\_\_

lieu-dit \_\_\_\_\_ code postal \_\_\_\_\_ commune \_\_\_\_\_

NOM du responsable \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Son adresse \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_

### INFORMATIONS GÉNÉRALES CONCERNANT L'ACCIDENT

Date      Heure   Lieu \_\_\_\_\_

L'accident s'est produit au cours : d'un entraînement  d'une compétition  d'un trajet  d'une réunion

NATURE DE L'ACTIVITÉ PRATiquÉE \_\_\_\_\_

CIRCONSTANCES ET CAUSES DE L'ACCIDENT \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### TÉMOINS

<b>NOM</b> _____ <b>Prénom</b> _____ <b>Adresse</b> _____ <b>Signature :</b> _____	<b>NOM</b> _____ <b>Prénom</b> _____ <b>Adresse</b> _____ <b>Signature :</b> _____
---	---

### AUTEUR DE L'ACCIDENT AVEC TIERS IDENTIFIÉ

**NOM** \_\_\_\_\_ **Prénom** \_\_\_\_\_


Est-il licencié d'une fédération ? OUI  NON  Si OUI, nom et adresse de la fédération \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ N° de licence \_\_\_\_\_

**Signature :** \_\_\_\_\_



## INFORMATIONS GENERALES CONCERNANT LA GARANTIE ACCIDENTS

-   Pour chaque personne concernée, joindre une annexe le cas échéant.
- Joindre le certificat initial du médecin.

<p><b>NOM de l'assuré blessé :</b></p> <p>Prénom : _____ Sexe : _____</p> <p>Date de naissance <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Profession _____</p> <p>Nom et adresse de l'employeur : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Le blessé est-il :</p> <p>✓ affilié à la Sécurité sociale ? ✓ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si <b>OUI</b>, n° d'immatriculation : _____</p> <p>✓ affilié à une mutuelle complémentaire ? ✓ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si <b>OUI</b>, nom de la mutuelle : _____ N° d'immatriculation _____</p> <p><input type="checkbox"/> bénéficiaire d'une autre assurance ? ✓ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si <b>OUI</b>, nom de la société : _____ adresse : _____</p> <p>N° de contrat : _____</p> <p><input type="checkbox"/> licencié d'une fédération ? ✓ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si <b>OUI</b>, nom de la fédération : _____ adresse : _____</p> <p>N° de licence _____</p> <p><input type="checkbox"/> Nature et siège des blessures :</p> <p><input type="checkbox"/> Médecin consulte :</p> <p><input type="checkbox"/> Lieu d'hospitalisation :</p> <p><b>Signature du blessé :</b> _____</p>	<p><b>NOM de l'assuré blessé :</b></p> <p>Prénom : _____ Sexe : _____</p> <p>Date de naissance <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Profession _____</p> <p>Nom et adresse de l'employeur : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Le blessé est-il :</p> <p>✓ affilié à la Sécurité sociale ? ✓ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si <b>OUI</b>, n° d'immatriculation : _____</p> <p>✓ affilié à une mutuelle complémentaire ? ✓ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si <b>OUI</b>, nom de la mutuelle : _____ N° d'immatriculation _____</p> <p><input type="checkbox"/> bénéficiaire d'une autre assurance ? ✓ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si <b>OUI</b>, nom de la société : _____ adresse : _____</p> <p>N° de contrat : _____</p> <p><input type="checkbox"/> licencié d'une fédération ? ✓ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si <b>OUI</b>, nom de la fédération : _____ adresse : _____</p> <p>N° de licence _____</p> <p><input type="checkbox"/> Nature et siège des blessures :</p> <p><input type="checkbox"/> Médecin consulte :</p> <p><input type="checkbox"/> Lieu d'hospitalisation :</p> <p><b>Signature du blessé :</b> _____</p>
---	---

**Signature du représentant de l'association :**

Nom et prénom : \_\_\_\_\_  
Qualité : \_\_\_\_\_

**Cachet de l'association**