



LA SAUVEGARDE

Société anonyme d'assurance au capital de 210 400 000 francs
entièrement versé – Entreprise régie par le Code des assurances
R.C.S. Paris 612 007 674 – APE 660^F- 45930 Orléans Cédex 9

GROUPE GMF – GARANTIE MUTUELLE DES FONCTIONNAIRES

DÉCLARATION D'ACCIDENT – F.N.A.S.C.E

Contrat N° F.103827.016C

A envoyer dans les plus brefs délais à :
GMF ASSURANCES – Services Sinistres Risques Spécifiques
140 avenue Anatole France- 92593 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 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 PRATQUÉE** _____

■ **CIRCONSTANCES ET CAUSES DE L'ACCIDENT** _____

■ **TÉMOINS**

NOM _____ Prénom _____ Adresse _____ Signature : _____	NOM _____ Prénom _____ Adresse _____ Signature : _____
---	---

■ **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 GÉNÉRALES CONCERNANT LA GARANTIE ACCIDENTS CORPORELS



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

<p>NOM de l'assuré blessé :</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>■ Le blessé est-il :</p> <ul style="list-style-type: none">• affilié à la Sécurité sociale ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si OUI, n° d'immatriculation : _____• affilié à une mutuelle complémentaire ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si OUI, nom de la mutuelle : _____ N° d'immatriculation : _____• bénéficiaire d'une autre assurance ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si OUI, nom de la société : _____ adresse : _____ <p>N° de contrat : _____</p> <ul style="list-style-type: none">• licencié d'une fédération ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si OUI, nom de la fédération : _____ adresse : _____ <p>N° de licence _____</p> <p>■ Nature et siège des blessures :</p> <p>■ Médecin consulté :</p> <p>■ Lieu d'hospitalisation :</p> <p>Signature du blessé : _____</p>	<p>NOM de l'assuré blessé :</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>■ Le blessé est-il :</p> <ul style="list-style-type: none">• affilié à la Sécurité sociale ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si OUI, n° d'immatriculation : _____• affilié à une mutuelle complémentaire ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si OUI, nom de la mutuelle : _____ N° d'immatriculation : _____• bénéficiaire d'une autre assurance ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si OUI, nom de la société : _____ adresse : _____ <p>N° de contrat : _____</p> <ul style="list-style-type: none">• licencié d'une fédération ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si OUI, nom de la fédération : _____ adresse : _____ <p>N° de licence _____</p> <p>■ Nature et siège des blessures :</p> <p>■ Médecin consulté :</p> <p>■ Lieu d'hospitalisation :</p> <p>Signature du blessé: _____</p>
---	--

Signature du représentant de l'association :

Nom et prénom : _____
Qualité : _____

Cachet de l'association