

DÉCLARATION D'ACCIDENT

à transmettre en double exemplaire au
Secrétariat de la FFWaemc : 17, rue du Louvre - 75001 Paris
(conserver une copie)

Nom et Adresse de l'Assuré : **F F Waemc – FÉDÉRATION FRANCAISE DE WUSHU, arts énergétiques et martiaux chinois** 17, rue du Louvre - 75001 PARIS - Tel: 01.40.26.95.50

Compagnie d'Assurance : **COVEA RISKS**
Contrat N° Responsabilité Civile : 113.513.002
Contrat N° **Individuelle Accident** : 113.513.002

Nom et Adresse de l'Association

Nom et Adresse du licencié en cause

Nom et Adresse de la victime

Date de naissance :N° de licence :

Profession :

N° de Sécurité Sociale :

Adresse du Centre :

Date et lieu de l'accident :

CAUSES ET CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT :

.....
.....
.....
.....

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné.....
docteur en médecine à.....
déclare avoir examiné leM..... membre de la FFWaemc
victime d'un accident survenu leet avoir constaté les lésions suivantes :
SIEGE ET NATURE

Durée de l'arrêt de travail ou de l'incapacité..... jours date, cachet
et signature du médecin

Durée de l'arrêt d'activité sportive..... jours
CERTIFICAT REMIS À L'INTERESSE SUR SA DEMANDE POUR SERVIR ET VALOIR CE QUE DE DROIT
ACTE VALABLE DEVANT LES TRIBUNAUX

Existe t-il un témoin de l'accident ? Oui Non (1)

Dans l'affirmative, nom et adresse :
.....
.....

(Joindre la déclaration et la copie d'une pièce d'identité avec signature)

• **A quel titre cet accident est déclaré ?**

Assurance Responsabilité Civile Assurance Individuelle Accident (1)
(un tiers est responsable ou victime) (pratiquants seulement)

• Une plainte a t-elle été déposée ? Oui Non (1)

Dans l'affirmative, auprès de qui ? :
.....
.....

• **Un rapport de police/ de gendarmerie ou autre a t-il été établi ?** Oui Non (1)

Dans l'affirmative, coordonnées et adresse :
.....
.....

• **L'accident a t-il entraîné :** A - Des dommages matériels
B - Des dommages corporels
C - Des dommages autres (1)

Dans l'affirmative, de quelle nature, pour quel montant ? (joindre devis ou certificat médical initial décrivant blessures subies)

..... Quelles sont les mesures de sauvegarde qui ont été prises ?.....

• **La responsabilité d'un tiers à l'Association ou celle de la victime vous semble t-elle engagée ?**

Oui Non (1)

Et comment ?
.....
.....

Nom et adresse du tiers :
.....

Déclaration établie le :
Signature

(1) rayer la ou les mentions inutiles

NB - II est impératif de répondre avec précision aux questions posées dans la déclaration, relater

exactement les circonstances de l'accident et l'adresser dans le délai de 5 jours fixé au contrat.

Après réception de l'accusé de réception avec référence dossier, notez que ce dernier sera pris en charge par :

FILHET-ALLARD & Cie - Immeuble Vivaldi 11-13 rue René Jacques 92130 ISSY-LES-MOULINEAUX
Marie-Christine PETRAULT : *tel* : 01.42.68.64.76 - *fax* : 01.47.42.58.26
e-mail : m.petrault@envergure-conseil.com