

DÉCLARATION D'ACCIDENT

N'oubliez pas de joindre la copie de votre licence 2013/2014 à cette déclaration

Fédération Française de Hockey sur Glace
AXA France - n° 3175866804

En cas d'accident, nous adresser la présente déclaration **SOUS LE DELAI D'UN MOIS**:

Groupe SATEC
24, Rue Cambacérés
75413 PARIS Cedex 08
Téléphone : 01.42.80.15.03

Licence n°

Option choisie : B C

(joindre impérativement la demande d'adhésion à cette déclaration)

Nom et prénom du blessé :

Adresse du blessé :

Code postal : Ville :

Profession du blessé :

Date de naissance du blessé :

Nom et adresse de l'employeur ou de l'établissement scolaire, universitaire :

Sport ou activité pratiqué :

Cet accident doit être déclaré à votre caisse de Sécurité Sociale ainsi qu'à votre mutuelle.

En cas d'accident avec un tiers, nous indiquer (conformément à la loi du 13/07/82 - article L.121-4 du Code des Assurances) :

Nom et Adresse de votre Assureur Responsabilité Civile (Contrat multirisque Habitation)

Compagnie :

N° de contrat :

Régime de prévoyance

Le blessé est-il :

- Assuré social
 Travailleur indépendant ou commerçant
 Autre

Numéro d'immatriculation :

- Non assuré social (en préciser la raison)

Régime complémentaire

Le blessé a-t-il une mutuelle : oui non

Nom de cette mutuelle :

N° du contrat

IDENTIFICATION DU CLUB

Nom du Club :

Adresse :

Code postal : Ville :
N° de licence :
Option choisie :

L'accident s'est-il produit au cours :

- d'un trajet d'un entraînement d'une sélection
 d'un stage d'une compétition

Date et lieu de l'accident : heure :

Circonstances exactes de l'accident :
.....
.....

Noms et adresses des témoins éventuels :

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

Le blessé a-t-il été hospitalisé : oui non

**LE CERTIFICAT MÉDICAL FIGURANT EN BAS DU PRÉSENT DOCUMENT DEVRA
IMPÉRATIVEMENT ÊTRE COMPLÉTÉ**

CERTIFICAT MÉDICAL DE CONSTATATION DE L'ACCIDENT

Je soussigné
Docteur en médecine à

Déclare avoir examiné M.....

Membre du Club (indiquer le nom de l'Association sportive) :
Victime d'un accident le :

Et avoir constaté les lésions suivantes :

Siège et nature

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

Durée de l'arrêt de travail ou de l'incapacité physique totale :jours

Durée de l'arrêt de d'activité sportive :jours

Certificat sur papier libre remis à l'intéressé sur demande pour servir et valoir ce que de droit,
non valable devant les tribunaux.

Signature du blessé
ou de son représentant légal

Cachet et signature du médecin