

**DECLARATION D'ACCIDENT à envoyer dans les 5 jours à :**  
**A.G.F. Assurances DUGUE - 26 rue de la Petite-Bilange - BP 183 - 49415 SAUMUR CEDEX**  
 ☎ : 02 41.51.19.32 - Fax : 02.41.50.73.56

Votre club se tient à votre disposition pour vous aider à remplir ce document. Afin de permettre une indemnisation la plus rapide possible, merci de répondre aussi précisément que possible à ces questions. Cet accident doit être déclaré à votre caisse du régime de prévoyance et auprès de votre régime complémentaire éventuel (mutuelle, société d'assurance).

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CLUB**

Nom ..... Tél : .....  
 N° ..... Rue ..... Lieu-dit.....  
 Code Postal ..... Commune .....

**L'ACCIDENT**

Date et lieu de l'accident.....  
 Circonstances de l'accident.....

<b>RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME</b>	<input type="checkbox"/> Titulaire de la licence fédérale	<input type="checkbox"/> Non Titulaire de la licence fédérale
	N° de licence (obligatoire) :	précisez :

Titulaire d'un contrat - Option Indemnités Journalières - NON  OUI  Si oui, n°d'adhésion.....  
 Nom ..... Prénom .....  
 Profession ..... Date de naissance.....  
 N° ..... Rue ..... Lieu-dit.....  
 Code Postal ..... Commune ..... Tél : .....

**RÉGIME SOCIAL OBLIGATOIRE DE LA VICTIME**

\*Régime applicable :  Régime Général  Profession agricole  Etablissement public (S.N.C.F. - E.D.F...)  
 Travailleurs non salariés  Fonctionnaire  Autres

Numéro d'immatriculation : .....  
 Adresse de l'organisme social.....

\*Affiliation :  
 à titre personnel  
 du fait du conjoint ou d'un parent, si c'est le cas, précisez : Nom ..... Prénom .....  
 \*Si la victime est "Fonctionnaire" ou "agent d'une collectivité locale", précisez le statut :  Titulaire  Contractuel  
 Coordonnées de l'organisme payeur .....

**RÉGIME SOCIAL COMPLÉMENTAIRE DE LA VICTIME**

Bénéficiez-vous d'un régime complémentaire ? OUI  NON   
 Si oui, lequel  Mutuelle ..... N° d'identification.....  
 Société d'Assurance ou autre..... N° du contrat.....  
 Nom et adresse de cet organisme..... Tél : .....

<b>AUTEUR DE L'ACCIDENT</b> (dans le cas où il y en a un)	<input type="checkbox"/> Titulaire de la licence fédérale	<input type="checkbox"/> Non Titulaire de la licence fédérale
	N° de licence (obligatoire) :	précisez :

Nom ..... Prénom .....  
 Profession ..... Date de naissance.....  
 N° ..... Rue ..... Lieu-dit.....  
 Code Postal ..... Commune ..... Tél : .....

**NATURE DU PRÉJUDICE remplir obligatoirement et joindre le certificat médical de constatation des blessures**

Description des blessures : .....

Avez-vous été hospitalisé(e) ? OUI  NON  Si oui, durée : .....  
 Serez-vous hospitalisé(e) ultérieurement ? OUI  NON

A ....., le / /  
 Signature de la victime ..... Signature de l'auteur de l'accident ..... Cachet du Club