

DECLARATION D'ACCIDENT A ADRESSER A ELISPORT – ASSURANCES DANS LES 5 JOURS DE SA SURVENANCE

IDENTIFICATION DU CLUB D'APPARTENANCE DU BLESSE

NOM ET ADRESSE DU CLUB : _____

ADRESSE DU CORRESPONDANT : _____

TELEPHONE : _____

CODE POSTAL : _____ VILLE : _____

CE CLUB EST-IL ADHERENT DIRECT D'ELISPORT – ASSURANCES : OUI NON

Si oui indiquer le N° du contrat : _____

LE BLESSE EST-IL BENEFICIAIRE DE GARANTIES COMPLEMENTAIRE : OUI NON

Si oui : Nom et N° du contrat : _____

LA VICTIME :

- Nom et Prénom de la victime :

- N° de carte vitale (obligatoire) : _ _ _ _ _ / _ _ _

- Date de naissance : ___ / ___ / _____

- Adresse :

Code Postal : Ville :

- Numéro de Téléphone :

- E-Mail

- Profession :

RÉGIME DE PRÉVOYANCE OBLIGATOIRE (*) :

Le blessé est-il : ASSURÉ SOCIAL TRAVAILLEUR INDÉPENDANT OU COMMERÇANT

AUTRE : _____ N° d'immatriculation : _____

NON ASSURÉ SOCIAL (préciser la raison) _____

RÉGIME DE PRÉVOYANCE COMPLÉMENTAIRE (*) : OUI NON

Nom de cette mutuelle ou organisme assureur : _____ N° de Contrat : _____

Adresse de la mutuelle ou organisme assureur : _____

L'ACCIDENT :

- Date et heure de l'accident :

- Sport pratiqué au moment de l'accident :

- Endroit où est survenu l'accident :

- Description détaillée de l'accident (causes, circonstances, conséquences et/ou dommages occasionnés) :

- Nom du premier témoin :

- Adresse :

Code Postal : Ville :

- Nom et adresse du second témoin :

- Adresse :

Code Postal : Ville :

- Nom des autres personnes impliquées dans l'accident :

A-t-il été établi un procès verbal par les autorités locales, précisant les circonstances de l'accident ?

OUI NON

Dans l'affirmative, en communiquer les coordonnées _____

Le blessé a-t-il été hospitalisé : OUI NON

Fait à _____ le _____

Signature du Blessé :

ELISPORT- Assurances

Parc d'activités de la Cessoie
1 Rue Simon Vollant
59832 LAMBERSART CEDEX
TEL : 03 62 72 22 99
FAX : 03 20 08 23 65

ELISPORT – Assurances
Groupe ELISCAP

www.eliscap-prevoyance.com