

CERCLE DE / DU

1. Club local

Nom : Localité :

2. La victime

Nom : Prénom :

Date de naissance : Tél. :

Adresse :

La victime bénéficie d'une assurance privée hospitalisation :

☐ non

☐ oui auprès de la compagnie

de la Mutualité

3. Description du sinistre

Type d'activité :

Lieu :

Date : Heure :

Circonstances :

.....

.....

Témoins :

.....

Tiers responsable(s) éventuellement :

4. Joindre le certificat d'aptitude physique (ou le *Pass Sport Découverte si séance d'essai*)

Date : Signature de la victime :

Cachet du secrétariat régional

Le responsable du club local :

Nom :

Signature :

C-11/1530.545/02-B

(à compléter en cas de dommage corporel et à transmettre à votre secrétariat régional en même temps
que la déclaration d'accident)

MM. les Médecins sont aimablement priés de ne laisser sans réponse aucune des questions posées.

N.B. : La Compagnie règle le montant qui couvre les frais médicaux et pharmaceutiques, directement à l'assuré, en fonction des conditions de la police,

Le docteur soussigné domicilié à ayant examiné
M. après l'accident qui lui est survenu le
à déclare :

1. que l'accident a produit les lésions suivantes (caractéristiques des lésions, siège, étendue, diagnostic) :
.....
.....
2. que ces lésions ont eu (auront) pour conséquences :
☐ une incapacité totale de jours ☐ une incapacité partielle de jours %
3. date de la première intervention médicale :
4. date du début de l'incapacité :
5. date prévue pour la guérison :
6. que le blessé est soigné : ☐ à l'hôpital ☐ à son domicile ☐ à sa consultation

Une infirmité permanente est-elle à craindre ? ☐ oui ☐ non

En quoi consiste-t-elle ?
.....

Avez-vous constaté chez le blessé, à part la lésion, une maladie ou une infirmité quelconque ?

☐ oui ☐ non

Si oui, laquelle ?
.....

Dans l'affirmative, quelle influence peut-elle avoir sur la marche de la guérison ?
.....
.....

Fait à le

Signature :

Cachet

ASSURANCE MEMBRE RELEVÉ DES FRAIS

Cercle de/du :

Police C-11/1530.545/02-B

Relevé des frais relatifs à l'accident du au nom de Réf. Sin. :

Attestation d'intervention de la mutualité (à faire compléter ou à annexer)				
N° code prest.	Date	Montant	Interv. mutualité	A récupérer
TOTAUX :				

Je soussigné (nom et prénom du délégué) :

 déclare que la Mutualité est intervenue dans les frais à concurrence des montants indiqués ci-dessus.

Date, signature et cachet de la Mutualité :

Frais où la mutualité n'intervient pas (à compléter par la victime) <i>JOINDRE LES JUSTIFICATIFS ORIGINAUX DE CES FRAIS !</i>		
Nature des frais	Date	Montant payé
TOTAUX :		

Date et signature de la victime :

Somme à verser :

- (*) au compte n°
de
- (*) par chèque

(*) biffer la mention inutile

Tous les documents sont à transmettre au secrétariat de votre cercle énéoSport.