

Formulaire de Déclaration de sinistre Individuelle Accidents

(En application de l'article 18 du code des assurances)

I. LE SOUSCRIPTEUR

Nom et Prénom/ Raison sociale :

Adresse :

Téléphone : e-mail :

Activités :

N° Police : Effet :/...../..... Echéance :/...../.....

II. L'ASSURE

Victime de l'accident :

Civilité : Mme M. Nom : _____ Post nom: _____

Prénom : _____

Adresse : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ E-mail : _____

Lieu et date de naissance : _____, le ____/____/____/

Nom et N° du contrat d'assurance maladie (complémentaire) : _____

En cas de victime assurée dans le cadre d'une police d'assurance de son employeur, annexer son contrat de travail à la déclaration de sinistre.

III. ACCIDENT

Date de l'accident : ____/____/____/ Heure de l'accident : _____

L'accident est-il survenu à l'occasion :

- D'un entraînement collectif d'un entraînement individuel d'un déplacement d'une
 manifestation sportive organisée d'une activité professionnelle d'un usage privé du loisir
 non sportif autre, (à préciser) : _____

Lieu de l'accident :

Adresse _____

Si l'accident est survenu lors d'une épreuve sportive :

Nom de l'épreuve : _____

Nom du club organisateur : _____

Adresse du club organisateur : _____

Nature de l'activité :

Route Salle autre, (à préciser) : _____

Configuration des lieux :

Intersection Ligne Droite Virage à Droite Virage à Gauche Rondpoint Parking

Environnement :

Voie Rurale Voie Urbaine Voie Expresse Voie Privée Forêt

Autre, (à préciser) : _____

Relief :

Plaine Montagne Descente Montée

Etat de la route / Condition atmosphérique :

Conditions humides Conditions sèches Vent Travaux Chaussée déformée

Chute : Chute seul Chute à deux Chute collective

Collision : Collision avec une voiture/camion Collision avec une moto

Collision avec un élément fixe Collision avec un cycliste

Autre type de collision, à préciser : _____

N° du Procès-Verbal : _____

Nom et coordonnées de la police : _____

Témoins de l'Accident

(Nom, prénom, coordonnées téléphoniques, mail, éventuel lien avec la victime) :

Témoin 1 : _____

Témoin 2 : _____

Témoin 3 : _____

IV. CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT :

(À préciser dans tous les cas, même si un procès-verbal ou un rapport de police a été établi)

V. DOMMAGES CORPORELS :

Nature des blessures :

Blessures légères (contusions) Brûlure Entorse Fracture Plaie

Traumatisme Autre, (à préciser) : _____

Perte de connaissance : Oui Non

Siège des blessures :

Tête Epaule Bassin Membres inférieurs

Membres supérieurs Localisation Multiple Cervicale Dents

Autre, (à préciser) : _____

V. PIECES JUSTIFICATIVES

(Selon l'instruction du dossier sinistre, d'autres pièces peuvent vous être demandées)

En cas de blessure

- Un Certificat Médical de constatation de vos blessures ;
- Bulletin de sortie, si hospitalisation ;
- Pièce d'identité de la victime blessée ;
- justificatifs des frais médicaux engagés en cas de préfinancement (factures).

En cas d'Invalidité

- Le certificat médical de CONSOLIDATION ;
- Tous documents médicaux en votre possession.

En cas d'arrêt de travail supérieur à 8 jours

- Un Certificat Médical de constatation de vos blessures ;
- Les arrêts de travail et les éventuelles prolongations

En cas de décès

- L'acte de décès ;
- Pièce d'identité de la victime décédée ;
- Le certificat médical de décès précisant la cause du décès ;
- Le procès-verbal de police (si possible) ;
- Procuration signée par tous les ayants droit de la victime décédée en faveur d'une personne désignée en vue de les représenter légalement vis-à-vis de l'assureur.

Le signataire de la présente déclaration certifie l'exactitude des informations déclarées ci-dessus. Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle peut entraîner une déchéance du bénéfice de l'assurance conformément à l'article 18 alinéa 2 du code des assurances.

Fait à : _____ Le : ____/____/____/

Le déclarant :