

DECLARATION D'ACCIDENT LEVALLOIS SPORTING CLUB

CONTRAT N°35.525.587

A renvoyer dans les 30 jours au plus tard à :

24 rue Louise Michel - 92300 LEVALLOIS

*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). L'Assureur se réserve la possibilité de demander des informations complémentaires.*

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME

Nom et Prénoms de l'Assuré: | _____ |
Date de naissance: |__|_| |__|_| |__|_| |__|_| | Sexe : M F
Adresse de l'Assuré: | _____ |
Code Postal: |__|_| |__|_| | Ville | _____ |
Etes-vous licencié: OUI NON
SI OUI, dans quelle Fédération: | _____ | N° de Licence : | _____ |
Nom, adresse et téléphone de votre club: | _____ |
Numéro d'Immatriculation à la Sécurité Sociale: | _____ |
Adresse de votre organisme social: | _____ |
Affiliation: à titre personnel
 du fait du conjoint ou d'un parent. Si c'est le cas, précisez nom et prénom: 1
 Régime salarié Régime T.N.S. Autre, précisez: | _____ |
Bénéficiez-vous d'un régime Social Complémentaire: OUI NON
SI OUI, lequel: | _____ |
N° d'adhérent et du contrat: | _____ |
Nom et adresse de cet organisme: | _____ |

INFORMATIONS SUR L'ACCIDENT

(Remplir obligatoirement et joindre le certificat médical de constatation des blessures.)

Date: |__|_| |__|_| |__|_| |__|_| | Lieu de l'accident : | _____ |
Circonstances : | _____ |
L'accident s'est-il produit lors d'une compétition?: OUI NON Description des blessures: | _____ |
En cas d'hospitalisation, nom et adresse de l'établissement : | _____ |
Date d'entrée: |__|_| |__|_| |__|_| |__|_| | Date de sortie: |__|_| |__|_| |__|_| |__|_| |
Actuellement êtes-vous toujours en traitement?: OUI NON
Date de fin des soins et traitements s'ils sont terminés?: |__|_| |__|_| |__|_| |__|_| |

EN CAS D'ACCIDENT AUTOMOBILE

Circonstances de l'accident: t
Date: |__|_| |__|_| |__|_| |__|_| | Lieu: | _____ |
A été établi : - un Procès verbal de gendarmerie: OUI NON
- un Rapport de Police: OUI NON
- un Constat à l'amiable: OUI NON

Pour la liste des pièces à joindre reportez-vous à la notice d'adhésion qui vous a été remise. au moment de votre adhésion au Levallois Sporting Club

Je certifie que la présente déclaration est exacte et sincère. J'autorise le médecin-conseil de TOKIO MARINE EUROPE à prendre toutes les informations qu'il jugera nécessaires auprès des hôpitaux ou des médecins qui m'ont soigné ou que j'ai consultés. J'autorise ces hôpitaux ou médecins à fournir au médecin-conseil de la dite compagnie tous les renseignements demandés.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle changeant l'objet du risque ou en diminuant l'opinion pour TOKIO MARINE EUROPE entraîne la nullité de l'assurance. (article L 113-8 du code des assurances)

Fait à: | _____ |
le : |__|_| |__|_| |__|_| |__|_| |

Signature de l'Assuré