



ASSOCIATIONS & COLLECTIVITÉS

assureur militant



Déclaration de sinistre à adresser à votre Comité départemental.

Sociétaire

09 02 908 N
2F Open-JS
Maison des sports de Touraine
Rue de l'aviation
37210 - Parçay-Meslay

N° de référence attribué au sinistre

L'accusé de réception de la déclaration de sinistre doit être adressé à la section affiliée concernée et non à la 2F Open-JS

Section affiliée

N°

Désignation

Adresse

Commune

Code postal Téléphone

Bénéficiaire des garanties :

Auteur Victime

Nom Prénom Date de naissance

Profession Adresse

N° licence 2F Open-JS ou invité bénévole

Si le bénéficiaire est licencié 2F Open-JS, a-t-il souscrit l'option I.A. Sport+ ? Oui Non

Autre assurance (ex. : assurance multirisque vie privée, autre licence assurance...) N° du contrat

Déclaration faite à cet organisme Oui Non

Nature de l'activité pratiquée par le licencié lors de l'accident

En cas de blessures, remplir les rubriques ci-dessous :

Affiliation à la Sécurité sociale Oui Non

N° Sécurité sociale

Régime complémentaire Oui Non

Circonstances du sinistre (à remplir dans tous les cas)

Date à h Lieu Dépt.

Nom et adresse des témoins :

Constat de police Oui Non ou de gendarmerie Oui Non Commissariat ou brigade de

À, le

Signature Qualité du signataire

CERTIFICAT MÉDICAL INITIAL

(à faire remplir par le premier docteur qui a examiné le blessé ou, à défaut, joindre la copie du certificat médical descriptif déjà délivré)

Je soussigné, docteur en médecine, déclare avoir examiné le blessé ci-dessus, le [] .

J'ai constaté :

a) Siège et nature de la blessure

- b) Conséquences probables de l'accident
- Les blessures entraînent-elles une incapacité de travail (ou une interruption de l'activité) ? Oui Non
 - Si oui, durée probable de la période d'incapacité ou d'interruption.....
 - Durée probable des soins.....
 - Durée d'hospitalisation prévue.....
 - Probabilité d'une incapacité permanente Oui Non

NOM ET ADRESSE DU MÉDECIN
(si possible cachet)

À le

Signature

Si l'accident met en cause un tiers, compléter les rubriques spécifiques ci-dessous

Tiers :		Auteur Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Victime Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
M., Mme, Mlle.....	Propriétaire du véhicule			<input type="checkbox"/> Piéton	<input type="checkbox"/>
Prénom.....	Marque.....			<input type="checkbox"/> Propriétaire d'animal	<input type="checkbox"/>
Profession.....	Type.....			<input type="checkbox"/> Lequel ?	
Domicile.....	N° d'immatriculation.....			<input type="checkbox"/> Autre cas	<input type="checkbox"/>
	Cycliste cycle (sans moteur)			<input type="checkbox"/> Lequel ?	
Assureur : Cie.....	Police n°				
				Agence	

Dommmages éventuellement subis par le tiers

DOMMAGES MATÉRIELS

(préciser la nature et l'importance des dégâts apparents)

DOMMAGES CORPORELS

(préciser la nature et la gravité des blessures)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Dommmages matériels causés par le tiers

.....

.....

.....

.....

Autres particularités (ou suite des circonstances de l'accident)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....