

## DÉCLARATION D'ACCIDENT

N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE LA COPIE DE VOTRE LICENCE 2011/2012 A CETTE DECLARATION

Fédération Française de Hockey sur Glace

AXA France - n° 3175866804

En cas d'accident, nous adresser la présente déclaration **SOUS LE DELAI D'UN MOIS:**

Groupe SATEC

24, Rue Cambacérès

75413 PARIS Cedex 08

Téléphone : 01.42.80.15.03

Licence n° .....

Option choisie : B  C

(joindre impérativement la demande d'adhésion à cette déclaration)

Nom et prénom du blessé : .....

Adresse du blessé : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Profession du blessé : .....

Date de naissance du blessé : .....

Nom et adresse de l'employeur ou de l'établissement scolaire, universitaire : .....

Sport ou activité pratiqué : .....

**Cet accident doit être déclaré à votre caisse de Sécurité Sociale ainsi qu'à votre mutuelle.**

En cas d'accident avec un tiers, nous indiquer (conformément à la loi du 13/07/82 - article L.121-4 du Code des Assurances) :

**Nom et Adresse de votre Assureur Responsabilité Civile (Contrat multirisque Habitation)**

**Compagnie :** .....

**N° de contrat :** .....

### Régime de prévoyance

Le blessé est-il :

- Assuré social  
 Travailleur indépendant ou commerçant  
 Autre

Numéro d'immatriculation : .....

- Non assuré social (en préciser la raison)

### Régime complémentaire

Le blessé a-t-il une mutuelle :  oui  non

Nom de cette mutuelle :

N° du contrat

### IDENTIFICATION DU CLUB

Nom du Club :

Adresse :

Code postal : ..... Ville : .....  
N° de licence : .....  
Option choisie : .....

L'accident s'est il produit au cours :

- d'un trajet
- d'un entraînement
- d'une sélection
- d'un stage
- d'une compétition

Date et lieu de l'accident : .....heure : .....

Circonstances exactes de l'accident : .....  
.....  
.....

Noms et adresses des témoins éventuels : .....  
.....  
.....

Le blessé a-t-il été hospitalisé :  oui  non

**LE CERTIFICAT MÉDICAL FIGURANT EN BAS DU PRÉSENT DOCUMENT DEVRA IMPÉRATIVEMENT ÊTRE COMPLÉTÉ**

**CERTIFICAT MÉDICAL DE CONSTATATION DE L'ACCIDENT**

Je soussigné .....  
Docteur en médecine à .....

Déclare avoir examiné M.....

Membre du Club (indiquer le nom de l'Association sportive) : .....  
Victime d'un accident le : .....

Et avoir constaté les lésions suivantes :

*Siège et nature*

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

Durée de l'arrêt de travail ou de l'incapacité physique totale : .....jours

Durée de l'arrêt de d'activité sportive : .....jours

Certificat sur papier libre remis à l'intéressé sur demande pour servir et valoir ce que de droit, non valable devant les tribunaux.

Signature du blessé  
ou de son représentant légal

Cachet et signature du médecin