

Accident du
 Contrat FEDERATION DE SYSTEMA ET ARTS MARTIAUX RUSSES
 n° : 53032396

FICHE DE RENSEIGNEMENTS VICTIME BLESSEE

Nous vous remercions de remplir soigneusement cet imprimé dès la survenance du sinistre. Cela nous permettra de débiter rapidement et efficacement son instruction.

① Votre Etat Civil

Nom : Prénoms : né(e) le :

Demeurant à :

Téléphone où vous pouvez être joint(e) :

② L'accident ou la maladie et ses conséquences

Décrivez les circonstances de l'accident (en précisant notamment le lieu, la date et l'heure, les participants et témoins éventuels) ou l'historique de la maladie :

.....

Coordonnées du tiers responsable (nom prénom, adresse) :

Coordonnées de son assurance (nom, adresse, N° de contrat) :

③ Vos blessures et les soins subis

Décrivez vos blessures (joignez impérativement les certificats) :

.....

Avez-vous été hospitalisé(e) ? OUI, du/...../200... au/...../200... à

NON

L'accident a-t-il nécessité une interruption de vos activités sociales ou professionnelles ?

OUI Si oui, pendant combien de temps ? (ou préciser la date de reprise du travail) :

NON

Certains frais médicaux sont-ils restés à votre charge après intervention de votre (ou vos) organismes ?

OUI Si oui, (Merci de joindre toutes les pièces justificatives originales)

NON

④ Votre état de santé aujourd'hui

Etes-vous guéri (e) ? OUI (si vous disposez d'un certificat médical de guérison, merci de nous le communiquer)

NON

Des troubles persistent-ils ? (joignez impérativement le certificat de consolidation)

OUI

NON

Lesquels ? :

.....

.....

⑤ Votre protection sociale

VOS AFFILIATIONS	NOMS ET COORDONNEES
Organisme social principal (CPAM, MSA, Autres...) N° d'immatriculation : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Mutuelle Complémentaire N° d'immatriculation : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Autre organisme susceptible de vous verser des prestations N° d'immatriculation : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

⑥ Qualité du signataire

Nom, adresse, et N° de téléphone du signataire (à compléter uniquement s'il est différent de la victime directe) :

.....

.....

Représentant de la victime, en qualité de (père, mère, tuteur...) :

.....

Ce document vous est adressé sous les plus expresses réserves de garantie et de responsabilité, il a strictement pour objet le recueil des informations nécessaires à l'instruction du dossier.

Fait à Signature :
Le