

Contrat ALLIANZ FFSNW n° 57579784

Numero de Licence : Compétiteur : OUI NON

Sinistre n° :

Accident du :

**Fiche de renseignements
Victime blessée**

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 et ses conséquences

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

Témoins de l'accident :

Coordonnées du tiers responsable (nom, prénom, adresse) : _____

Coordonnées de son assurance (nom, adresse, n° de police) : _____

3 - Vos blessures et les soins subis

Décrivez vos blessures (**joignez impérativement les certificats**) : _____

Avez-vous été hospitalisé(e) ? Oui, du ___/___/20__ au ___/___/20__ à _____

Non

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

Oui Non

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

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

Oui (**Merci de joindre toutes les pièces justificatives originales**)

Non

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

Merci de remplir ce tableau si vous avez subi des blessures.

| VOS AFFILIATIONS | NOM 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'affiliation : <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'affiliation : <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 _____