

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

#### 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

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

VOS AFFILIATIONS	NOM ET COORDONNEES
Organisme social principal (CPAM, MSA, autres...)	_____ <b>N° d'immatriculation :</b> <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	_____ <b>N° d'affiliation :</b> <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	_____ <b>N° d'affiliation :</b> <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 \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature :