



Charles Jousot Systems

Allianz

DÉCLARATION D'ACCIDENT À ADRESSER À CAP E A P C DANS LES 5 JOURS DE SA SURVENANCE

30 avenue Paul VAILLANT COUTURIER - 93120 LA COURNEUVE

Tel : 01 48 36 87 20 - Fax : 01 48 36 83 82

(établie par le blessé, elle doit être contresignée par un responsable du club)

LES ZONES SUIVIES D'UNE (*) SONT À REMPLIR OBLIGATOIREMENT

NOM ET PRÉNOM DU BLESSÉ(E) : (*) _____

ADRESSE : N° _____ Rue _____

Ville _____ Code Postal : _____

Adresse mail : _____ N° de téléphone : _____

SEXE DU BLESSÉ : (1 = MASCULIN - 2 = FÉMININ) **DATE DE NAISSANCE (*) :**

PROFESSION DU BLESSÉ : _____

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

RÉGIME DE PRÉVOYANCE OBLIGATOIRE (*) :

Le blessé(e) est-il (elle) : ASSURÉ SOCIAL TRAVAILLEUR INDÉPENDANT OU COMMERÇANT

AUTRE : _____ N° d'immatriculation : _____

NON ASSURÉ SOCIAL (préciser la raison) _____

RÉGIME DE PRÉVOYANCE COMPLÉMENTAIRE (*) : OUI NON

Nom de cette mutuelle ou organisme assureur : _____ N° de Contrat : _____

Adresse de la mutuelle ou organisme assureur : _____

NOM ET N° D'AFFILIATION DU CLUB D'APPARTENANCE DU BLESSÉ (*) : _____

DATE DE L'ACCIDENT (*) : **HEURE (*) :**

LIEU ET DÉPARTEMENT DE L'ACCIDENT (*) : _____

STYLE OU DISCIPLINE PRATIQUÉE AU MOMENT DE L'ACCIDENT (*) : _____

L'ACCIDENT S'EST PRODUIT (*) :

DANS MON CLUB D'AFFILIATION **HORS DU CLUB**

DANS UN AUTRE CLUB : Nom adresse et n° d'affiliation du club organisateur de l'activité : _____

Sur le tatami **Hors tatami (ex : vestiaires, douches... à préciser) :**

Compétition : de ligue de comité départemental autre (à préciser) : _____

Entraînement

Tournoi inter clubs

Au cours d'un trajet