

**LA SAUVEGARDE**

Société anonyme d'assurance au capital de 210 400 000 francs
entièrement versé – Entreprise régie par le Code des assurances
R.C.S. Paris 612 007 674 – APE 660^E - 45930 Orléans Cédex 9

GROUPE GMF – GARANTIE MUTUELLE DES FONCTIONNAIRES
DECLARATION D'ACCIDENT – F.N.A.S.C.E.E.

Contrat N° F.103.827.001L

A envoyer dans les 15 jours à :
GMF ASSURANCES – Services Sinistres Risques Spécifiques
49 avenue Georges Pompidou – 92593 LEVALLOIS-PERRET CEDEX

INFORMATIONS GENERALES CONCERNANT LE GROUPEMENT SPORTIF

Est-ce : une association sportive un comité départemental une ligue le siège fédéral

Dénomination _____

Adresse : n° _____ rue _____

lieu-dit _____ code postal commune _____

NOM du responsable _____ Prénom _____

Son adresse _____

_____ Fax _____

INFORMATIONS CONCERNANT L'ACCIDENT

Date Heure Lieu _____

• L'accident s'est produit au cours : d'un entraînement d'une compétition d'un trajet d'une réunion

■ **NATURE DE L'ACTIVITE PRATIQUEE** _____

■ **CIRCONSTANCES ET CAUSES DE L'ACCIDENT** _____

■ TEMOINS

NOM _____	NOM _____
Prénom _____	Prénom _____
Adresse _____	Adresse _____
_____	_____
Signature : _____	Signature : _____

■ AUTEUR DE L'ACCIDENT AVEC TIERS IDENTIFIE

NOM _____ Prénom _____

• Est-il licencié d'une fédération ? OUI NON Si **OUI**, Nom de la fédération _____

adresse _____ n° de licence _____

Signature : _____

Tournez SVP

INFORMATIONS GENERALES CONCERNANT LA GARANTIE ACCIDENTS CORPORELS



- Pour chaque personne concernée, joindre une annexe le cas échéant.
- Joindre le certificat initial du médecin.

NOM de l'assuré blessé _____ Prénom _____ Sexe _____ Date de naissance Profession _____ Nom et adresse de l'employeur _____ _____ ■ Le blessé est-il : • affilié à la Sécurité sociale ? OUI NON - Si OUI, n° d'immatriculation _____ • affilié à une mutuelle complémentaire ? OUI NON - Si OUI, Nom de la mutuelle _____ - N° d'immatriculation _____ • bénéficiaire d'une autre assurance ? OUI NON - Si OUI, Nom de la société _____ - adresse _____ - N° de contrat _____ • licencié d'une fédération ? OUI NON - Si OUI, Nom de la fédération _____ - adresse _____ - N° de licence _____ ■ Nature et siège des blessures _____ _____ ■ Médecin consulté _____ ■ Lieu d'hospitalisation _____ Signature :	NOM de l'assuré blessé _____ Prénom _____ Sexe _____ Date de naissance Profession _____ Nom et adresse de l'employeur _____ _____ ■ Le blessé est-il : • affilié à la Sécurité sociale ? OUI NON - Si OUI, n° d'immatriculation _____ • affilié à une mutuelle complémentaire ? OUI NON - Si OUI, Nom de la mutuelle _____ - N° d'immatriculation _____ • bénéficiaire d'une autre assurance ? OUI NON - Si OUI, Nom de la société _____ - adresse _____ - N° de contrat _____ • licencié d'une fédération ? OUI NON - Si OUI, Nom de la fédération _____ - adresse _____ - N° de licence _____ ■ Nature et siège des blessures _____ _____ ■ Médecin consulté _____ ■ Lieu d'hospitalisation _____ Signature :
---	---

Date _____ Nom _____

Signature :
du blessé

Signature du représentant
de l'association :

Cachet _____
de l'association