



DECLARATION D'ACCIDENT
POLICE INDIVIDUELLE ACCIDENT/LICENCES FEDERALES

Nous vous remercions de bien vouloir compléter les informations suivantes et nous retourner cet imprimé, dès que possible (5 jours maximum), à l'adresse suivante :

GROUPE ROEDERER
2 RUE DE COURCELLES CS 85045 57072 METZ CEDEX 03
(Tel. 03 83 22 33 12 - jrodrigues@rabner-roederer.fr)

DATE DE L'ACCIDENT/...../..... N° d'affiliation du Club :

DESIGNATION DE L'ASSOCIATION SPORTIVE

BLESSE : Nom et prénom :Date de naissance :/...../.....

Adresse complète :

N° de la licence : Date d'enregistrement de la licence :/...../.....

ACTIVITE AU SEIN DU CLUB :	EDUCATEUR	JOUEUR
ACTIVITE PROFESSIONNELLE :	Salariale	Non salariale
	Sans profession	

OPTION INDEMNITE JOURNALIERE SOUSCRITE :	OUI	NON
	Montant :	Euros

ARRET DE TRAVAIL :	OUI	NON
---------------------------	-----	-----

Le blessé dispose t-il par ailleurs d'une assurance complémentaire au Régime social ? OUI NON

nom et adresse de l'organisme

***Important** : quand le blessé dispose d'un régime social complémentaire accordé par une société mutualiste, il doit **impérativement** être indemnisé par celle-ci en priorité, notre contrat d'assurance intervenant pour le complément éventuel.*

CLAUSE DE SUBROGATION : (en cas de recours contre un tiers responsable)	<i>Je déclare subroger TOKIO MARINE dans tous mes droits et actions contre le tiers responsable. En outre, je m'engage, dans l'éventualité ou j'obtiendrais directement le remboursement total ou partiel des mes frais, à rembourser les prestations versées par TOKIO MARINE selon les dispositions légales en vigueur.</i>
-----------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

OBLIGATION DE JOINDRE :	Copie de la licence en cours (recto-verso)
--------------------------------	--------------------------------------------

NOM ET ADRESSE de la personne qui doit recevoir l'ACCUSE DE RECEPTION si différente de celle du BLESSE.....

SIGNATURE :

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT - CERTIFICAT MEDICAL **VOIR AU VERSO**

