



**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 87 31 81 05 ou 03 87 31 81 06 – Fax. 03 87 31 80 35 – abr.metz@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)**

*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.*

**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**

