Cabinet LAFONT
ASSURANCES SPORTS & LOISIRS

partenaire FFESSM.fr

Ce document peut être complété directement sur notre site, www.cabinet-lafont.com

DÉCLARATION D'ACCIDENT CORPOREL

À COMPLÉTER (RECTO VERSO) ET À RETOURNER AU CABINET LAFONT

LE CLUB

N° affiliation F.F.E.S.S.M. : 07910589

Nom du club : Les Diablotins Aquatiques

Adresse : 2 rue de Chanteloup
91180 Saint-Germain-lès-Arpajon

Adresse mail : plongee.lda@free.fr

LA VICTIME

Nom : .....Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Adresse mail : .....

N° de licence fédérale : .....

Tél : .....

ASSURANCE INDIVIDUELLE COMPLÉMENTAIRE :

❑ OUI ❑ NON

SI OUI : ❑ Loisir 1 ❑ Loisir 2 ❑ Loisir 3 ❑ Piscine

❑ Loisir TOP 1 ❑ Loisir TOP 2 ❑ Loisir TOP 3

❑ Pro basic ❑ Pro 1 ❑ Pro 2 ❑ Pro 3

❑ Pro basic TOP ❑ Pro 1 TOP ❑ Pro 2 TOP ❑ Pro 3 TOP

Niveau de plongée : .....

L'AUTEUR DU SINISTRE

Nom : .....

Prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

.....

N° de licence fédérale : .....

N° d'affiliation du club : .....

Niveau de plongée : .....

Adresse : .....

.....

Adresse mail : .....

L'ACCIDENT

Date : ..... Heure : .....

Lieu de l'accident : .....

Code postal : .....

Profondeur : .....

Température : .....

N° de PV : .....

Établi par :.....

.....

TYPE DE PLONGÉE PRATIQUÉE

❑ Club ❑ Hors Club

❑ Apnée ❑ Scaphandre ❑ Technique ❑ Exploration ❑ Pêche Sous-Marine ❑ Hockey Subaquatique ❑ Piscine

❑ Mer ❑ Fosse ❑ Grotte ❑ Sous Glace ❑ Lac ❑ Carrière

❑ Étang ❑ Gravière ❑ Rivière ❑ Autre

Cabinet LAFONT

ASSURANCES SPORTS & LOISIRS

partenaire FFESSM.fr

Ce document peut être complété directement sur notre site, www.cabinet-lafont.com

CIRCONSTANCES ET CAUSES :

.....

.....

.....

.....

.....

RENSEIGNEMENT SUR LA VICTIME :

Date et lieu de naissance : .....

Situation familiale : ❑ Marié ❑ Célibataire ❑ Autre

Nombre d'Enfants : .....

Affilié à la Sécurité Sociale : ❑ Oui ❑ Non

N° d'immatriculation : .....

Et/ou à un autre organisme : ❑ Oui ❑ Non

Dénomination : .....

Référence : .....

Blessures - Nature et siège des lésions :

.....

.....

Durée de l'arrêt de travail : .....

Premier médecin consulté : .....

Adresse :

.....

.....

LES TÉMOINS :

1° - Nom : ..... Prénom : ..... N° de licence : .....

Niveau de plongée : ..... Adresse mail :

.....

Adresse : .....

.....

2° - Nom : ..... Prénom : ..... N° de licence : .....

Niveau de plongée : ..... Adresse mail :.....

Adresse : .....

.....

LE RESPONSABLE DU CLUB DÉCLARANT :

Nom : ..... Prénom : ..... N° de licence : .....

Qualité : ..... Adresse mail :

.....

Adresse :

.....

Fait à : ..... Le : ..... **SIGNATURE**

AXA CORPORATE SOLUTIONS redefining / standards

EIRL Pierre Lafont - Agent Général d'Assurance - Z.A.M. du Moulinas - 2, rue du Moulinas - 66330 CABESTANY

Tél. : +33 (0)4 68 35 22 26 - Fax : + 33 (0)4 68 35 11 05 - contact@cabinet-lafont-ffessm.com - www.cabinet-lafont.com

Numéro d'inscription à l'ORIAS : 07 012 597 - Numéro FDBF (IOB) : 1073044804HS