



**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA RESPONSABILITE CIVILE**

A-t-il été établi un **constat amiable** ?  OUI  NON

A-t-il été dressé un **procès-verbal** de gendarmerie ou de commissariat ?  OUI  NON

Si oui : - Coordonnées des autorités : .....  
- N° du procès-verbal : .....

Témoins éventuels (indiquez les noms et adresses) :

- M.....  
- M.....

Un **tiers** est-il en **cause** (personne autre que "l'Assuré") ? Nom, Prénom : .....

Adresse : .....

Nature des dommages subis par le tiers : .....

Coordonnées de son assureur : Nom : .....

- Adresse : .....

- N° de contrat : .....

**Dans tous les cas :**

**Vous devez (article L 121-4 du Code des Assurances) nous indiquer l'existence de vos contrats "RESPONSABILITE CIVILE", "MULTIRISQUE HABITATION" ET "ASSURANCE SCOLAIRE" et le cas échéant, déclarer ce sinistre, au titre des Assurances Cumulatives à vos Assureurs RC :**

Nom de la compagnie : ..... N° de contrat .....

Adresse : .....

Confirmez-nous que vous chargez les MMA de votre recours :  OUI  NON

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES DOMMAGES CORPORELS SUBIS PAR L'ASSURE**

L'assuré est-il décédé ?  OUI  NON

Description des lésions (**fournir obligatoirement le certificat médical les constatant**) : .....

Organisme de prévoyance (Sécurité sociale, Mutualité agricole...) : N° d'immatriculation : .....

Nom : .....

Adresse : .....

Organisme complémentaire (Mutuelle, contrat d'assurance maladie...) : N° d'affiliation ou de contrat : .....

Nom : .....

Adresse : .....

**Pour vous faire rembourser, joignez toujours :**  
. pour des frais d'hospitalisation ou de clinique  
. pour des frais médicaux ou pharmaceutiques  
- le décompte du régime social,  
- le décompte du régime complémentaire, si vous en avez un,  
- **un certificat médical descriptif des blessures.**

**N'oubliez pas, en cas d'hospitalisation ou de clinique :**

- la note de frais de l'établissement de soins (duplicata)

**Si les garanties complémentaires ont été souscrites :**

- ♦ Pour les personnes exerçant une activité salariée
  - le certificat d'arrêt de travail
  - le bulletin de salaire des trois mois précédant l'accident
  - les bulletins de salaires des mois suivant l'arrêt de travail (sur lesquels figure la perte de revenus)
  - les décomptes des règlements de la Sécurité sociale et de tout autre régime de prévoyance susceptible de régler des indemnités journalières.
- ♦ Pour les non salariés
  - le certificat d'arrêt de travail
  - les avis d'imposition des trois dernières années précédant l'accident.

Fait à ..... le .....

Signature du Représentant du Club (obligatoire)

Signature de la victime ou de son représentant (à préciser)