

CERCLE DE / DU

1. Club local

Nom : Localité :

2. La victime

Nom : Prénom :

Date de naissance : Tél. :

Adresse :

La victime bénéficie d'une assurance privée hospitalisation :

U non

U oui auprès de la compagnie

de la Mutualité

3. Description du sinistre

Type d'activité :

Lieu:

Date : Heure :

Circonstances :

.....

.....

Témoins:

.....

Tiers responsable(s) éventuellement :

Date: Signature de la victime :

Cachet du secrétariat régional

Le responsable du club local :

Nom:

Signature :

(à compléter en cas de dommage corporel et à transmettre à votre secrétariat régional UCP en même temps que la déclaration d'accident)

MM. les Médecins sont aimablement priés de ne laisser sans réponse aucune des questions posées.

N.B. : les frais médicaux et pharmaceutiques sont toujours à charge de l'assuré. Dans les cas où ils sont couverts par le contrat, la Compagnie en règle le montant **directement** à l'assuré conformément aux conditions de la police.

Le docteur soussigné domicilié à ayant examiné M.
..... après l'accident qui lui est survenu le à
..... déclare :

1. que l'accident a produit les lésions suivantes (caractéristiques des lésions, siège, étendue, diagnostic) :
.....
.....
2. que ces lésions ont eu (auront) pour conséquences :
 une incapacité totale de jours une incapacité partielle de jours %
3. date de la première intervention médicale :
4. date du début de l'incapacité :
5. date prévue pour la guérison :
6. que le blessé est soigné : à l'hôpital à son domicile à sa consultation

Une infirmité permanente est-elle à craindre ? oui non

En quoi consiste-t-elle ?

Avez-vous constaté chez le blessé, à part la lésion, une maladie ou une infirmité quelconque ?
 oui non

Si oui, laquelle ?

Dans l'affirmative, quelle influence peut-elle avoir sur la marche de la guérison ?

Fait à le

Signature :

Cachet

**Assurance « Membres »
Relevé des frais**

Cercle de/du :

Relevé des frais relatifs à l'accident du au nom de Réf. Sin. :

Attestation d'intervention de la mutualité
(à faire compléter ou à annexer)

N° code prest.	Date	Montant	Interv. mutualité	A récupérer
TOTAUX :				

Je soussigné (nom et prénom du délégué) :

déclare que la Mutualité est intervenue dans les frais à concurrence des montants indiqués ci-dessus.

Date, signature et cachet de la Mutualité :

Frais où la mutualité n'intervient pas
(à compléter par la victime)

JOINDRE LES JUSTIFICATIFS DE CES FRAIS !

Nature des frais	Date	Montant payé
TOTAUX :		

Date et signature de la victime :

- Somme à verser :
- (*) au compte n°
 - de
 - (*) par chèque

(*) biffer la mention inutile