## Contrat n° 120 135 701
## souscrit par la Ligue de PARIS

## A - DÉCLARATION D'ACCIDENT

**à remettre dans les cinq jours à Covéa Risks Direction Centrale AIS - Div. Prévoyance - 1, allée du Wacken 67978 Strasbourg Cedex**

– DATE DE L'ACCIDENT …… N° d'affiliation du club ……

– DÉSIGNATION DE L'ASSOCIATION SPORTIVE ……

• **BLESSÉ :** Nom et prénom …… Date de naissance ……
Adresse complète ……
N° de la licence …… Date d'enregistrement de la licence ……

• **ACTIVITÉ AU SEIN DU CLUB** - DIRIGEANT ■ - JOUEUR ■ - ARBITRE ■ - ENTRAINEUR ■

• **ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE :** Salariale Non salariale Sans profession

• **OPTION INDEMNITÉ JOURNALIÈRE SOUSCRITE :** ■ OUI ■ NON MONTANT …… € • **ARRÊT DE TRAVAIL :** ■ OUI ■ NON

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

– OUI : Nom et adresse de l'organisme ……
……

– NON

**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 Covéa Risk dans tous mes droits et actions contre le tiers responsable. En outre, je m'engage, dans l'éventualité où j'obtiendrais directement le remboursement total ou partiel de mes frais a rembourser les prestations versées par Covéa Risks 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'ACCUSÉ DE RÉCEPTION si différente de celle du BLESSÉ :
……

SIGNATURE

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT - CERTIFICAT MÉDICAL : VOIR AU VERSO

PARTIE A CONSERVER

## B - AIDEZ-NOUS A MIEUX VOUS SERVIR

Pour toute demande, rappelez vos nom et prénom, la désignation de votre association sportive, le n° de contrat.

Vous recevrez un accusé de réception avec les références de votre dossier, à rappeler dans toutes correspondances.

Sont énumérés ci-après les documents nécessaires pour que vous puissiez bénéficier de nos prestations. Un service rapide de celles-ci justifie que vous joigniez ces pièces à votre déclaration d'accident. Nous vous en remercions.

| Désignation des documents | Nature des indemnités | | |
|---|---|---|---|
| | Frais d'hospitalisation ou de clinique | Frais médicaux ou pharmaceutiques | Indemnités journalières |
| – Certificat médical descriptif des lésions | x | x | x |
| – Certificat médical d'arrêt de travail (ou prolongation) | | | x |
| – Facturation de l'établissement de soins | x | | |
| – Décompte du régime social (Sécurité Sociale ou autre) – original – double ou photocopie si l'original doit être transmis à votre caisse complémentaire | x | x | |
| **Si vous êtes salarié :** | | | |
| – Attestation de perte de salaire établie par votre employeur | | | x |
| – Décompte des indemnités journalières versées par la S.S. | | | x |
| – Photocopie du bulletin de salaire du mois précédant l'accident | | | x |
| **Si vous êtes demandeur d'emploi :** | | | |
| – Attestation A.S.S.E.D.I.C. | | | x |
| **Si vous êtes scolaire ou étudiant :** | | | |
| – Attestation de scolarité ou d'inscription | | | x |
| **Si vous êtes travailleur indépendant :** | | | |
| – Copie de votre appel de cotisation du régime obligatoire d'assurance maladie | | | x |

COR7014 - (08/06/08) - 161349 - imp MMA Le Mans

## CIRCONSTANCE DE L'ACCIDENT

DATE ET HEURE .....
LIEU .....
.....
- COMPÉTITION .....
.....
- ÉQUIPES EN PRÉSENCE .....
.....
- CIRCONSTANCES .....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

SIGNATURE
DE LA VICTIME, ET DU REPRÉSENTANT
DE L'ASSOCIATION

## CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné, M. .....
.....
certifie avoir examiné M. .....
.....
Membre d .....
(Nom de l'Association Sportive)
victime d'un accident le .....
et avoir constaté les lésions suivantes .....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- Durée de l'arrêt de travail ..... jours
- Durée de l'arrêt de l'activité sportive ..... jours

Y a-t-il hospitalisation ? ■ OUI ■ NON

CACHET ET SIGNATURE DU MÉDECIN

---

## ATTESTATION DE PERTE DE SALAIRE

**pour contrat complémentaire n° 120 135 701 si garantie INDEMNITÉ JOURNALIÈRE souscrite**

Je soussigné ……
(nom ou raison sociale et profession de l'employeur)
certifie que M. ……
(nom et prénom du salarié)
employé dans mon entreprise, a été victime d'un accident en dehors de son travail le ……
qui lui a occasionné un arrêt de travail du …… au …… , soit …… jours.

### PERTE DE SALAIRE CONSÉCUTIVE A CET ARRÊT DE TRAVAIL

| A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR | | RÉSERVÉ à **Covéa Risks** | |
|---|---|---|---|
| **Salaire net** qui aurait dû être versé **pendant l'arrêt de travail** (y compris les primes et autres avantages non comprises toutes cotisations sociales) | Somme effectivement versée au blessé **par l'employeur** durant cette période (y compris les paiements au titre d'accords d'entreprise, compléments divers, etc.) | Montant des indemnités journalières versées par la Sécurité Sociale | Perte subie par le blessé |
| ..... € | ..... € | ..... € | ..... € |

Fait à…… le …… pour servir et valoir ce que de droit.

SIGNATURE DE L'EMPLOYEUR ET CACHET DE L'ENTREPRISE