

DÉCLARATION D'ACCIDENT CORPOREL

Nom de l'Assuré: Académie Française de Muay Thaï **N° de contrat:**

Nom de la Victime: **Prénom:**

Adresse: **Code Postal & Ville:**

Date de naissance: .../.../.... **La victime est-elle assujettie à la Sécurité Sociale?** Oui/Non

Bénéficie-t-elle d'une Mutuelle? Oui/Non

CIRCONSTANCES ET CAUSES DE L'ACCIDENT:

Date: .../.../.... **Lieu:** **Circonstances:**
.....
.....
.....

Témoins:

Nom: **Prénom:**
Adresse: **Code Postal & Ville:**

Dans le cas d'un accident causé par un Tiers:

Nom et Adresse du Tiers:
.....
.....

MÉDECIN:

Nom et Adresse du médecin traitant:
.....
.....
Date de la première visite: .../.../.... (joindre un certificat médical)

A QUEL ORDRE DOIT-ON EFFECTUER LE RÈGLEMENT ?

Y a-t-il d'autres préjudices? Oui/Non **Lesquels?**
.....

CACHET DE L'ASSURÉ :