



DECLARATION D'ACCIDENT

envoyer dans les 5 jours à



N° de dossier
778062

CGA RUGBY
51, avenue Hoche 75405 PARIS Cedex 08
Tél. 01 42 12 26 42 Fax. 01 42 67 73 64

E-mail : rugby@jpcolonna.fr
S.A.S. au capital de 264.000 € R.C. Paris b 379.429.756 - N° ORIAS 07 022 402 Code APE 662 2Z
Pour les opérations de courtage d'assurance, garantie financière et assurance de responsabilité civile professionnelle conformes aux articles L512-6 et L512-7 du code des assurances.

FEUILLET A

Dès l'accident, adresser à CGA Rugby le feuillet A, conserver le B et C.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CLUB

Nom du club ou de l'association _____ N° club (obligatoire) _____

Adresse : N° _____ Rue _____ Localité _____

Code postal _____ Ville ou bureau distributeur _____

Comité _____ Personne à contacter _____ Téléphone _____

Le club bénéficie-t-il d'une assurance spécifique (R.C. ou multirisques) OUI NON

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BLESSE

- N° de licence (obligatoire) _____
- Catégorie du licencié : Dirigeant Arbitre Entraîneur Educateur joueur 19 ans et + joueur -19
- Formes de jeu : XV règles I.R.B. XV règles I.R.B. -19 ans XV ou XII règles spécifiques
- L'accident s'est produit au cours : d'un trajet d'un entraînement d'une compétition
- Division Pro : 1^{ère} 2^{ème} / Division Fédérale : 1^{ère} 2^{ème} 3^{ème} / Nationale B / Fédérale
- Reichel : A B / Crabos : A B / Coupe : Balandrade Phliponeau Danet à XII
- Rugby à 7 : Espoirs / -19 ans / -21 ans / Les Ovalies / -18 ans inter-secteurs / Territoriales
- Honneur / Série : 1^{ère} 2^{ème} 3^{ème} 4^{ème} Réserve / Division Féminine : 1^{ère} 2^{ème} 3^{ème}
- Challenge des Comités / Taddei / Coupe de la Fédération / Challenge : à 7 Société Générale / Comités
- Matches : Internationaux / Amicaux autorisés par la F.F.R. / Amicaux autorisés par le Comité Territorial / de masse
- Rugby découverte / Ecole de Rugby / Rugby loisir / Nouvelles pratiques

À remplir
Obligatoirement
par le joueur
Ou son représentant

- Association en présence _____
- Poste occupé par le joueur n° _____
- Le blessé bénéficie-t-il de la garantie facultative complémentaire OUI NON
- Date d'envoi de l'adhésion nominative _____

Nom du blessé _____ Prénom _____ Date de naissance _____

Adresse : N° _____ Rue _____ Localité _____

Code postal _____ Ville ou bureau distributeur _____

Téléphone _____

- Profession du blessé (obligatoire) _____ Nom et adresse de l'employeur, ou de l'établissement scolaire, universitaire _____
- Régime de prévoyance (Sécurité Sociale ou autre) organisme _____ Mutuel OUI NON
- N° d'affiliation SS _____
- Date accident _____ Heure _____ Lieu _____

A _____ le _____
Signature du blessé :

Certifie exact la présente déclaration
Signature du secrétaire ou du correspondant du club.

Avant de retourner le feuillet A, veuillez relater les circonstances de l'accident et faire remplir par le médecin :
- le certificat médical au verso

**À remplir
Obligatoirement
par le joueur
ou son représentant**

• Nom et adresse du témoin _____ Signature _____

• Nom et adresse du tiers responsable (éventuellement) _____

Circonstances de l'accident : _____

A _____ le _____

Signature du blessé

Signature du secrétaire ou
du correspondant de l'association

**À remplir
Obligatoirement
par le médecin**

CERTIFICAT MEDICAL D'ORIGINE

A _____ le _____

Je, soussigné, _____

docteur en médecine à _____

déclare avoir examiné le _____ M. _____

membre de (nom de l'association sportive) _____

victime d'un accident le _____ et avoir constaté les lésions suivantes : (siège et

nature) : _____

Traumatisme cervical OUI NON

Durée de l'arrêt de travail ou d'incapacité physique totale : _____ jours.

Durée de l'arrêt d'activité sportive : _____ jours.

La déclaration de cet accident (régime maladie) a-t-elle été faite à la Sécurité Sociale ou tout autre régime de prévoyance similaire OUI NON

L'état de santé de l'intéressé donnera-t-il lieu lors de la consolidation à un D.F.P. ? OUI NON
(Compte tenu des éléments actuellement en ma possession)

► Je prévois des séquelles importantes à venir OUI NON

Certificat sur papier libre remis à l'intéressé
sur sa demande pour servir et valoir ce que
de droit, non valable devant les tribunaux.
Signature du blessé :

Cachet et signature du médecin.



DECLARATION D'ACCIDENT



N° de dossier

778062

CGA RUGBY
51, avenue Hoche 75405 PARIS Cedex 08
Tél. 01 42 12 26 42 Fax. 01 42 67 73 64

E-mail : rugby@jpcolonna.fr
S.A.S. au capital de 264.000 € R.C. Paris b 379.429.756 - N° ORIAS 07 022 402 Code APE 6622Z
Pour les opérations de courtage d'assurance, garantie financière et assurance de responsabilité civile professionnelle conformes aux articles L512-6 et L512-7 du code des assurances.

FEUILLET B

Feuillet à adresser à CGA Rugby lorsque vous êtes en possession de tous les justificatifs pour effectuer le règlement de votre dossier.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CLUB

Nom du club ou de l'association

N° club (obligatoire)

Adresse : N° Rue

Localité

Code postal

Ville ou bureau distributeur

Comité

Personne à contacter

Téléphone

Le club bénéficie-t-il d'une assurance spécifique (R.C. ou multirisques) OUI NON

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BLESSE

- N° de licence (obligatoire)
- Catégorie du licencié : Dirigeant Arbitre Entraîneur Educateur joueur 19 ans et + joueur -19 ans joueur -17 ans joueur -15 ans
- Formes de jeu : XV règles I.R.B. XV règles I.R.B. -19 ans XV ou XII règles spécifiques F.F.R. 7 règles I.R.B.
- L'accident s'est produit au cours : d'un trajet d'un entraînement d'une compétition officielle titre de la compétition :
Division Pro : 1^{ère} 2^{ème} / Division Fédérale : 1^{ère} 2^{ème} 3^{ème} / Nationale B / Fédérale B / Excellence B / Espoirs / Reichel : A B / Crabos : A B / Coupe : Baladrade Philiponeau Danet à XII / Cadet : Alamercery Teulière Rugby à 7 : Espoirs / -19 ans / -21 ans / Les Ovalies / -18 ans inter-secteurs / Territoriaux à XII / Honneur / Promotion Honneur / Série : 1^{ère} 2^{ème} 3^{ème} 4^{ème} Réserve / Division Féminine : 1^{ère} 2^{ème} 3^{ème} / -18 ans / Champ. Entreprises Challenge des Comités / Taddei / Coupe de la Fédération / Challenge : à 7 Société Générale -16 ans Cadets Comités / Matches : Internationaux / Amicaux autorisés par la F.F.R. / Amicaux autorisés par le Comité Territorial / Journée de masse Rugby découverte / Ecole de Rugby / Rugby loisir / Nouvelles pratiques

- Association en présence
- Poste occupé par le joueur n°
- Le blessé bénéficie-t-il de la garantie facultative complémentaire OUI NON
- Date d'envoi de l'adhésion nominative

Nom du blessé

Prénom

Date de naissance

Adresse : N° Rue

Localité

Code postal

Ville ou bureau distributeur

Téléphone

- Profession du blessé (obligatoire) Nom et adresse de l'employeur, ou de l'établissement scolaire, universitaire

- Régime de prévoyance (Sécurité Sociale ou autre) organisme Mutuelle OUI NON

- N° d'affiliation SS

- Date accident Heure Lieu

A _____ le _____

Signature du blessé :

Date d'envoi du feuillet B _____

Avant de retourner le feuillet B, veuillez compléter l'état des frais médicaux au verso

Certifie exact la présente déclaration
Signature du secrétaire ou du correspondant du club.

ASSURANCE DE LA
FEDERATION FRANCAISE DE
RUGBY

ETAT DE FRAIS MEDICAUX, CHIRURGICAUX, PHARMACEUTIQUES

- Payable à : - l'assuré
 - le club
 - le correspondant

	Frais réels	Remboursements des organismes de Prévoyance Sécurité Sociale-Mutuelle	Total des rembour- sements	Solde restant à la charge du blessé
HONORAIRES MEDICAUX				
Dr _____ le _____				
Dr _____ le _____				
Dr _____ le _____				
Dr _____ le _____				
Dr _____ le _____				
FRAIS PHARMACEUTIQUES				
Ordonnance du _____				
Ordonnance du _____				
Ordonnance du _____				
Ordonnance du _____				
Ordonnance du _____				
AUXILIAIRES MEDICAUX (Massages - Rayons, etc...)				

FRAIS DE RADIOLOGIE				

HOSPITALISATION				
du _____ au _____				
du _____ au _____				
TOTAUX.				

Visa du correspondant :

Cachet du Club :

N° de dossier

778062

CGA RUGBY

51, avenue Hoche 75405 PARIS Cedex 08

Tél. 01 42 12 26 42 Fax. 01 42 67 73 64

E-mail : rugby@jpcolonna.fr

S.A.S. au capital de 264.000 € R.C. Paris b 379.429.756 - N° ORIAS 07 022 402 Code APE 6622Z

Pour les opérations de courtage d'assurance, garantie financière et assurance de responsabilité civile professionnelle conformes aux articles L512-6 et L512-7 du code des assurances.

FEUILLET C

A conserver par l'association ainsi que les copies du dossier médical, des notes d'honoraires ou de frais, datées et acquittées.

■ **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CLUB**

Nom du club ou de l'association _____

N° club (obligatoire) _____

Adresse : N° Rue _____

Localité _____

Code postal _____

Ville ou bureau distributeur _____

Comité _____

Personne à contacter _____

Téléphone _____

Le club bénéficie-t-il d'une assurance spécifique (R.C. ou multirisques) OUI NON

■ **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BLESSE**

- N° de licence (obligatoire) _____
- Catégorie du licencié : Dirigeant Arbitre Entraîneur Educateur joueur 19 ans et + joueur -19 ans joueur -17 ans joueur -15 ans
- Formes de jeu : XV règles I.R.B. XV règles I.R.B. -19 ans XV ou XII règles spécifiques F.F.R. 7 règles I.R.B.
- L'accident s'est produit au cours : d'un trajet d'un entraînement d'une compétition officielle titre de la compétition :
 Division Pro : 1^{ère} 2^{ème} / Division Fédérale : 1^{ère} 2^{ème} 3^{ème} / Nationale B / Fédérale B / Excellence B / Espoirs / Reichel : A B / Crabos : A B / Coupe : Balandrade Philiponeau Danet à XII / Cadet : Alamercery Teulière Rugby à 7 : Espoirs / -19 ans / -21 ans / Les Ovalies / -18 ans inter-secteurs / Territoriaux à XII / Honneur / Promotion Honneur / Série : 1^{ère} 2^{ème} 3^{ème} 4^{ème} Réserve / Division Féminine : 1^{ère} 2^{ème} 3^{ème} / -18 ans / Champ. Entreprises Challenge des Comités / Taddei / Coupe de la Fédération / Challenge : à 7 Société Générale -16 ans Cadets Comités / Matches : Internationaux / Amicaux autorisés par la F.F.R. / Amicaux autorisés par le Comité Territorial / Journée de masse Rugby découverte / Ecole de Rugby / Rugby loisir / Nouvelles pratiques

● Association en présence _____

● Poste occupé par le joueur n° _____

● Le blessé bénéficie-t-il de la garantie facultative complémentaire OUI NON

● Date d'envoi de l'adhésion nominative _____

Nom du blessé _____

Prénom _____

Date de naissance _____

Adresse : N° Rue _____

Localité _____

Code postal _____

Ville ou bureau distributeur _____

Téléphone _____

● Profession du blessé (obligatoire) _____ Nom et adresse de l'employeur, ou de l'établissement scolaire, universitaire _____

● Régime de prévoyance (Sécurité Sociale ou autre) organisme _____ Mutuelle OUI NON

● N° d'affiliation SS _____

● Date accident _____ Heure _____ Lieu _____

A _____ le _____

Date d'envoi du feuillet B _____

Signature du blessé :

Certifie exact la présente déclaration
Signature du secrétaire ou du correspondant du club.

RAPPEL DES PRESCRIPTIONS CONCERNANT LA DECLARATION D'ACCIDENT

I - ETABLISSEMENT DE LA DECLARATION D'ACCIDENT

Toutes déclarations, signées obligatoirement par le blessé (sauf empêchement suivant la nature de l'accident) doivent être certifiées conformes par le secrétaire de l'association, à défaut par un dirigeant responsable et parfaitement accrédité.

Le dirigeant doit, avant l'envoi, compléter la déclaration des omissions qu'il aurait pu constater.

Pour qu'un accident soit enregistré dans les délais les plus réduits, sans préjudice pour les blessés, il est indispensable de compléter d'une manière précise les différentes rubriques exposées sur le formulaire.

Les documents mal rédigés ou insuffisamment établis seront retournés à leur expéditeur et retarderont d'autant l'enregistrement de l'accident.

II - RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

Si le blessé est assujéti ou bénéficiaire (enfant mineur, étudiant) d'un régime de Sécurité Sociale et/ou de tout autre organisme de prévoyance :

- il convient de présenter IMMEDIATEMENT le dossier aux organismes concernés en complément desquels l'assureur interviendra,
- le même processus est à suivre pour les soins nécessitant une demande d'accord préalable ou de prise en charge.

III - UTILISATION DES FEUILLES CONSTITUANT LA LIASSE DECLARATION D'ACCIDENT

FEUILLET A A adresser à CGA Rugby, IMMEDIATEMENT, dans les cinq jours, date de l'accident comprise.

FEUILLET B A adresser à CGA Rugby, dès que possible accompagné des pièces justificatives des débours* et/ou des décomptes de règlements effectués par la Sécurité Sociale ou tout autre organisme de prévoyance.

FEUILLET C A conserver par l'association.

*Telles que notes d'honoraires ou de frais datées et acquittées.

D'une manière générale, la demande de règlement des frais restant à charge ne devra être présentée à l'assureur qu'après guérison et dans la limite maximum d'un an.

Un numéro de dossier, qu'il convient de rappeler dans toute correspondance, vous étant automatiquement affecté, aucun accusé de réception ne vous sera adressé.