

Ce document peut être complété directement sur notre site, www.assurdiving.com

DÉCLARATION D'ACCIDENT CORPOREL

À COMPLÉTER (RECTO VERSO) ET À RETOURNER A LAFONT ASSURANCES

LE CLUB N° affiliation F.F.E.S.S.M. : Nom du club : Adresse : Adresse mèl :	LA VICTIME Nom : Prénom : Adresse : Adresse mail : N° de licence fédérale : Tél : ASSURANCE INDIVIDUELLE COMPLÉMENTAIRE : ☐ OUI ☐ NON SI OUI : ☐ Loisir 1 ☐ Loisir 2 ☐ Loisir 3 ☐ Piscine ☐ Loisir TOP 1 ☐ Loisir TOP 2 ☐ Loisir TOP 3 ☐ Pro basic ☐ Pro 1 ☐ Pro 2 ☐ Pro 3 ☐ Pro basic TOP ☐ Pro 1 TOP ☐ Pro 2 TOP ☐ Pro 3 TOP Niveau de plongée :
L'AUTEUR DU SINISTRE Nom : Prénom : Date et lieu de naissance : N° de licence fédérale : N° d'affiliation du club : Niveau de plongée : Adresse : Adresse mail :	L'ACCIDENT Date : Heure : Lieu de l'accident : Code postal : Profondeur : Température : N° de PV : Établi par :
TYPE DE PLONGÉE PRATiquÉE ☐ Club ☐ Hors Club ☐ Apnée ☐ Scaphandre ☐ Technique ☐ Exploration ☐ Pêche Sous-Marine ☐ Hockey Subaquatique☐ Piscine ☐ Mer ☐ Fosse ☐ Grotte ☐ Sous Glace ☐ Lac ☐ Carrière ☐ Étang ☐ Gravière ☐ Rivière ☐ Autre	

Ce document peut être complété directement sur notre site, www.assurdiving.com

CIRCONSTANCES ET CAUSES :

.....

.....

.....

.....

RENSEIGNEMENT SUR LA VICTIME :

Date et lieu de naissance :

Situation familiale : ☐ Marié ☐ Célibataire ☐ Autre

Nombre d’Enfants :

Affilié à la Sécurité Sociale : ☐ Oui ☐ Non

N° d’immatriculation :

Et/ou à un autre organisme : ☐ Oui ☐ Non

Dénomination :

Référence :

Blessures - Nature et siège des lésions :

.....

Durée de l’arrêt de travail :

Premier médecin consulté :

Adresse :

.....

.....

LES TÉMOINS :

1° - Nom : Prénom : N° de licence :

Niveau de plongée : Adresse mail :

.....

Adresse :

.....

2° - Nom : Prénom : N° de licence :

Niveau de plongée : Adresse mail :

Adresse :

.....

LE RESPONSABLE DU CLUB DÉCLARANT :

Nom : Prénom : N° de licence :

Qualité : Adresse mail :

.....

Adresse :

.....

Fait à : Le : SIGNATURE