

## Fédération Française des Arts Énergétiques et Martiaux Chinois

### Déclaration d'accident - AXA France Police n° 7 2 2 8 0 6 5 2 0 4

#### PERSONNE BLESSEE OU PERSONNE RESPONSABLE D'UN DOMMAGE

Nom : ..... Date de naissance : .....

Prénom : ..... Sexe : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : ..... N° de licence : .....

Profession : ..... Ⓜ : .....

Souhaitez-vous communiquer par mail :  oui  non

Adresse mail : .....

Catégorie du blessé :  Licencié pratiquant  Enseignant  Juge  Dirigeant

Autres (à préciser) : .....

Garantie de base  Option 1

N° affiliation du club : [ ][ ][ ][ ] Nom et adresse du club : .....

.....

#### REGIMES SOCIAUX DU LICENCIÉ BLESSE

Salarié  Travailleur indépendant  Etudiant  Autres (à préciser) .....

N° Sécurité Sociale : .....

Mutuelle  oui : (nom et N° de contrat) : .....

non

#### CIRCONSTANCES

Date de l'accident : ...../...../..... Lieu de l'accident : .....

Spécialité pratiquée :  Arts Martiaux Chinois Internes (AMCI)  Arts Martiaux Chinois (AEC)

Arts Martiaux Chinois Externes (AMCX)  WUSHU  Pratiques Associées

Disciplines :  Qigong  Bagua Zhang  Hsing I Quan  Taichi Chuan  Yi Quan  Jeet Kune Do

Kung Fu  Shuai Jiao  Wing Chun  Taolu  Sanda  Raquettes Chinoises

Danse du Lion

#### L'accident s'est produit au cours :

Entraînement  Compétition  Stage

Autres (à préciser) .....

Indiquer **la nature des blessures** et relater **les faits** avec le plus de précisions possibles, en faisant, si nécessaire, un croquis avec la position exacte du blessé (*sur une feuille à part*) :

.....

.....

Intervention extérieure (SAMU, Pompiers, Gendarmerie...) :  oui  non

Hospitalisation :  oui  non

Nom et adresse des témoins éventuels :

.....

.....

Nom et adresse de la victime, en cas de dommages liés à la Responsabilité Civile et description des dommages causés :

.....

.....

**PERSONNE EFFECTUANT LA DECLARATION OU TITULAIRE DE L'AUTORITE PARENTALE DE LA PERSONNE BLESSEE**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Qualité du signataire : .....

**Signature obligatoire**

**CADRE RESERVE AU CLUB ORGANISATEUR**

Nom du Club : .....

Adresse du Club : .....

Qualité du signataire : .....

**Cachet du club et Signature obligatoires**

**PIECES A JOINDRE**

**En cas de blessures :** le formulaire de déclaration, la photocopie licence en cours de validité à la date de l'accident, un certificat médical décrivant les blessures (*pièce adressée sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de Gras Savoye*), le cas échéant, un arrêt de travail ou le bulletin d'hospitalisation

**En cas de Responsabilité Civile :** Le formulaire de déclaration, la licence du pratiquant responsable, ainsi qu'un devis précisant le montant des réparations à effectuer

**En cas de décès :** Le formulaire de déclaration, la licence du pratiquant, un certificat médical indiquant la cause du décès, les coordonnées du notaire chargé de la succession, la copie du Procès-Verbal de Gendarmerie, ses références auprès du Tribunal

Nous vous informons que les données à caractère personnel sont collectées et traitées pour les finalités suivantes : la gestion de votre sinistre (Constat, exercice, et défense des droits, résolution amiable ou judiciaire des litiges) ; la lutte contre la fraude ; la réalisation d'études, de prévention des risques et de statistiques. Ces données peuvent être transmises aux assureurs, mais également être communiquées à nos prestataires et sous-traitants (expert, médecin-conseil, avocat, ...). Ces données sont conservées aussi longtemps que nécessaire pour la gestion du sinistre et au-delà, à compter de la clôture du dossier, pendant la durée autorisée ou imposée par une disposition légale ou réglementaire. **Vos données personnelles recueillies et traitées dans le cadre de la gestion de votre dossier sinistre ne seront toutefois jamais utilisées à des fins de prospection commerciale.**

Vous disposez de droits d'accès, de rectification et de limitation du traitement. Vous pouvez également vous opposer pour motifs légitimes à ce que vos données fassent l'objet d'un traitement. Vous pouvez exercer vos droits à tout moment, sous réserve de justifier de votre identité, et contacter le Délégué à la Protection des Données en vous adressant soit directement à votre gestionnaire sinistre, soit par l'envoi d'un courrier à l'attention de WTW – Délégué à la Protection des Données – Immeuble Quai 33 - 33/34 quai de Dion Bouton -CS 70001 - 92814 Puteaux Cedex ou par l'envoi d'un email à l'adresse suivante : [informatique.libertes@grassavoye.com](mailto:informatique.libertes@grassavoye.com). Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : CNIL – 3, place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07.

En fournissant vos données personnelles et, notamment des données à caractère médical, vous autorisez expressément leur utilisation pour les besoins de gestion du sinistre. Par ailleurs, si vous fournissez des renseignements au sujet d'une autre personne, vous vous engagez à l'informer de l'utilisation de ses données personnelles et à obtenir son consentement pour une telle utilisation en son nom.

**Déclaration de sinistre à adresser dans les 10 jours et à accompagner d'un certificat médical de constatation de votre blessure (*adresser sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de WTW*) à :**

**WILLIS TOWERS WATSON - Département Sport Immeuble Quai 33 - 33,  
quai de Dion Bouton – CS 70001 - 92814 PUTEAUX CEDEX**

**☎ 01.41.43.54.69 / 01.41.43.54.92 ou ✉ [federations@grassavoye.com](mailto:federations@grassavoye.com)**