



Fédération de Paintball Sportif

20 rue des campanules , 77185 LOGNES

DECLARATION D'ACCIDENT

Cadre réservé à la Fédération

date de réception :

vosre numéro d'affiliation :

lettre région dept ordre

A adresser dans les 3 jours à :

Cabinet BARTOLI

5 rue Bourdaloue - 75009 PARIS

police n° 4.169.320

Mutuelles du Mans Assurances

Informations pour la constitution de votre dossier d'Accident

Vous venez de remplir une déclaration d'accident, et nous vous informons de la marche à suivre pour que votre remboursement se fasse le plus rapidement possible :

- faire établir un certificat médical de constatation des blessures par le médecin consulté.
- conserver photocopies de toutes les notes de frais déboursés.

- faire intervenir la sécurité sociale (ou autre régime similaire) pour le remboursement des frais médicaux, pharmaceutiques, hospitalisation et/ou chirurgie engagés

- si vous bénéficiez d'une mutuelle, même procédure après remboursement du régime social.

- seulement après ces remboursements, nous adresser les originaux des remboursements de sécurité sociale (ou autre régime similaire) et/ou mutuelle, ainsi que le certificat médical initial. Si les remboursements obtenus ne laissent aucune somme à votre charge (remboursements à 100% - régime social + mutuelle), merci de vouloir nous le signaler pour que nous puissions annoter votre dossier.

Enfin, n'oubliez pas de nous signaler tout changement d'adresse, etc... pour nous permettre de vous joindre pendant la période de gestion de votre dossier.

Si vous êtes affilié à la Sécurité Sociale (ou régime similaire), il y a lieu de vous faire d'abord rembourser par cet organisme et de nous adresser le double des notes de frais, avec les bordereaux S.S. (même procédure si vous bénéficiez d'une mutuelle).

Si vous n'êtes pas affilié à la Sécurité Sociale (ou régime similaire), nous adresser les originaux de toutes les notes en nous indiquant la raison pour laquelle vous n'êtes pas affilié à un régime social.

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Telephone :

Date, Heure et lieu de l'accident

Circonstances :

Témoins :

Rapport du médecin traitant :

Lieu du traitement :

Assuré social

☐ Oui
☐ Non

☐ Oui, auprès de
☐ Non



Fait à , le . .

Cachet du club , Signature du président de celui ci , signature du blessé :