**Fédération Française de Karaté
 Déclaration d'accident**

GENERALI - Police AT882620 Individuelle Accident – Police AT885294 Responsabilité civile

**PERSONNE BLESSEE OU PERSONNE RESPONSABLE D’UN DOMMAGE**

Nom : ......................................................................................

Prénom : ..................................................................................

Adresse : .................................................................................

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

Profession : ……………………………………………………

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

Sexe : .....................................................

N° de licence ……………………………

 : ………………………………………

Souhaitez-vous communiquer par mail :  oui  non

Adresse mail : …………………………………………………………………………………………………………….

Catégorie du blessé :  Licencié pratiquant  Enseignant  Dirigeant  Bénévole  Sportif de Haut Niveau
 Essai Découverte

 Autres (à préciser) : …………………………………………………………………………………………………….

 Garantie de base  Garantie complémentaire souscrite - Précisez la formule : A B C D E F

N° affiliation du club :  Nom et adresse du club : ...........................................................................................

....................................................................................................................................................................................................

**REGIMES SOCIAUX DU LICENCIE 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 :………………………………………………………….

## **Discipline concernée** : Karaté Karaté full Contact Karaté Mix Para Karaté Arts Martiaux du Sud Est Asiatique Wushu Arts Martiaux Vietnamiens

##  Krav Maga Yoseikan Budo

# 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,

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

**En cas de décès** : Le formulaire de déclaration, la licence du pratiquant, 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@wtwco.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 5 jours à :**

**WTW DGPL FEDERATIONS**

**2 Rue de Gourville**

**45911 Orléans Cedex 9**

 **0 972 722 891 (de l’étranger : international du pays + 33 972 722 891)**

** ffkarate@wtwco.com**