

FORMULAIRE DE DECLARATION D'ACCIDENT CORPOREL
A TRANSMETTRE DANS LES 5 JOURS A GROUPAMA PARIS VAL DE LOIRE

Par mail à l'adresse suivante : Sinistres-AP-Dependance@groupama-pvl.fr
Ou par courrier : GROUPAMA PARIS VAL DE LOIRE - Service Sinistres AP
1 bis avenue du Docteur Ténine - CS 90064 - 92184 Antony cedex

REFERENCES DU CONTRAT FNSMR : 41480048E 0002

FNSMR - 1 rue Sainte Lucie - 75015 PARIS - Tél : 09.72.29.09.72

Nom du foyer rural ou de l'association : _____	
Adresse : _____	
Code postal : _____	Commune : _____
Téléphone : _____	

LA VICTIME

Nom et Prénom : _____	Né(e) le : _____
Adresse : _____	

Profession : _____	Téléphone : _____
E-mail : _____	
Nom et Prénom du représentant légal : _____	
N° carte d'adhérent (*) : _____	Délivrée le : _____
Nature des blessures : _____	

Hospitalisation : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Si oui, adresse de l'hôpital : _____

Durée approximative de l'incapacité temporaire : _____	
Nom et adresse du médecin traitant : _____	

Le blessé est-il assuré social ? : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Si oui, N° Sécurité Sociale : _____	
Adresse de la Caisse de Sécurité Sociale : _____	

Le blessé bénéficie-t-il d'une Mutuelle ? : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Si oui, nom et adresse de cet organisme : _____	

(*) joindre impérativement la photocopie de la carte d'adhérent.

L'ACCIDENT

Date de l'accident : _____ Lieu de l'accident : _____

Quelle était l'activité exercée lors de la survenance du sinistre ? : _____

Circonstances détaillées de l'accident : _____

Nom et adresse des témoins : _____

Y-a-t-il eu un rapport de police ou de gendarmerie ? OUI NON

Si oui, adresse du commissariat ou de la gendarmerie : _____

Fait à : _____ Le : _____

Signature du Président de l'Association

Cachet de l'Association