Siège Social
181, boulevard d'Anfa - Casablanca
Tél.: 05.22.95.76.76 (L.G.) - Fax : 05.22.36.98.12/14/16
SA au Capital de 601.904.360,00 DH - Entreprise régie par la loi N°17-99 portant code des assurances
www.atlanta.ma

أطلنطا للتأمين

تصريح بحادث رياضي

Déclaration d'accident sportif

FINASSURE
179 Av Hassan 1er Escalier A
5éme Étage N°9 - Casablanca
Tél:0522 94 49 72/05 22 94 53 25
0522 94 53 29/0522 94 55 68
Fax:0522 94 49 39

Police n° : 460.2014.410.200.35

Contractants

Fédération royale marocaine de : .....

Association

Nom .....
Adresse : .....
Téléphone : .....

Victime

Nom : ..... Prénom : .....
Date de naissance : ..... C.I.N : .....
Adresse : .....
Licence n° : ..... Bordereau n°: .....

Accident

Date : ..... Heure : ..... Lieu : .....
Nature du sport pratiqué par la victime : .....
Causes et circontances de l'accident : .....
.....
.....
Nature des blessures : .....
Nom et adresse du médecin ou du centre hospitalier : .....
.....

Identité des témoins (nom, prénom, qualité et adresse respectives):
.....
.....
.....
Tiers éventuellement responsable : .....

Assureur du tiers : ..... N° de police du tiers : .....
N° du contrat : ..... L'autorité verbalisatrice : .....

Prière de joindre à la présente la copie du certificat médical de constatation des blessures dans un délai de 10 jours SOUS PEINE DE REJET de la présente déclaration par la compagnie.

Fait à ....., le.....

Cachet et signature du Président ou Secrétaire Général de l'Association

CODE SIN 024 - EDITION JANVIER 2011

Volet détachable

Siège Social
181, boulevard d'Anfa - Casablanca
Tél.: 05.22.95.76.76 (L.G.) - Fax : 05.22.36.98.12/14/16
SA au Capital de 601.904.360,00 DH - Entreprise régie par la loi N°17-99 portant code des assurances
www.atlanta.ma

أطلنطا للتأمين

FINASSURE
179 Av Hassan 1er Escalier A
5éme Étage N°9 - Casablanca
Tél:0522 94 49 72/05 22 94 63 25
0522 94 53 29/0522 94 55 68
Fax:0522 94 49 39

بيان يسلم للطبيب

Bulletin à adresser au médecin

N° de police d'assurance : 460.2014.410.200.35

Fédération royale marocaine de : .....

Association : .....

Nom et prénom de la victime : .....

Date de naissance : ..... C.I.N : .....

Licence n°: ..... Etablie en date du : .....

L'Association déclare que le proposé accidenté dont renseignement ci-dessus, a été blessé à l'occasion de son activité sportive le.....à.....heure.....et a réclamé un bulletin d'avis d'accident sportif.

Fait à ....., le.....

Cachet et signature du Président ou Secrétaire Général de l'Association