

Pour rappel, vous avez la possibilité de déclarer votre déclaration de sinistre directement sur notre site internet ci-après : [Site de déclaration de sinistre FFK](#)

En cas d'impossibilité, vous pouvez nous retourner ce formulaire sur l'adresse mail ci-après : assurances.karate@marsh.com

Déclarant (club ou organisme territorial délégataire)

Nom du club :

Numéro d'affiliation :

Nom du déclarant :

Qualité :

Adresse complète du déclarant (adresse/CP/Ville) :

Mail du déclarant :

Téléphone déclarant :

Personne blessée

Nom :

Prénom :

Adresse complète (adresse /CP/ Ville) :

Mail :

Téléphone :

Représentant légal (le cas échéant si ce n'est pas le déclarant) :

Identification Sportive

Numéro de licence

La personne blessée est :

☐ Pratiquante

☐ Enseignante

☐ Dirigeante

☐ Bénévole

☐ Sportive de Haut Niveau

☐ Essai découverte

☐ Autre (à préciser) :

Circonstances de l'accident :

Date et Heure :

Lieu (Adresse complète) et/ou Nom de la manifestation :

Discipline :

☐ Karaté

☐ Karaté Full Contact

☐ Karaté Mix

☐

Para-Karaté

☐ Yoseikan Budo

☐ Arts Martiaux du Sud-Est Asiatique

☐ Arts Martiaux Vietnamiens

☐ Wushu

☐ Krav Maga

Les circonstances de l'accident :

☐ Entrainement

☐ Compétition Sportive

☐ Stage

☐ Autre (à préciser) :

Description précise de l'accident :

La blessure :

S'agit-il d'un accident grave (par accident grave on entend tout accident qui entraîne un décès, ou laisse envisager une probable invalidité handicapante pour la personne blessée) ?

☐ Oui ☐ Non

Premier diagnostic de la (ou des) blessure(s) :

☐ Fracture ☐ Luxation ☐ Entorse ☐ Plaie ☐ Contusions

Localisation de la (ou des) blessure(s) :

☐ Abdomen ☐ Crane, face, cou, système nerveux ☐ dents, mâchoire ☐ œil
☐ Membres Inférieurs dont, coccyx/sacrum ☐ Membres supérieurs dont, épaule, clavicule
☐ Doigts, main, poignet ☐ Dos, rachis, moëlle épinière ☐ Thorax ☐ Appareil génito-urinaire

Document à joindre impérativement à votre déclaration :

- Votre certificat médical initial de constatation des blessures adressé sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil.
- Copie de votre licence

Date, Noms et Signatures (du déclarant et/ou de la personne blessée)



Marsh