# DECLARATION D'ACCIDENT

## Cette déclaration est strictement confidentielle. Elle est destinée aux syndicats qui transmettront à l’assureur.

## Remplissez-la scrupuleusement.

## Si la victime le souhaite, vous pouvez lui fournir uniquement une copie de votre attestation d’assurance.

## A adresser par courrier ou par mail dans les 5 jours à : SNGP CKDA / SIANEE – BP 32 - 30270 SAINT JEAN DU GARD ou contact@sngpckda.org

SYNDICAT NATIONAL DES GUIDES PROFESSIONNELS DU

CANOË KAYAK ET DISCIPLINES ASSOCIEES

et

SYNDICAT INTERPROFESSIONNEL DE L’ACCOMPAGNEMENT

EN NATURE ET DE L’EDUCATION A L’ENVIRONNEMENT

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Association Nationale Sport Santé Social

47B rue Gambetta, 71120 CHAROLLES

SIRET 879 835 049 00013

N° ORIAS : 20007969

# STRUCTURE OU PERSONNE EFFECTUANT LA DECLARATION

Personne ou structure assurée :

Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tel portable :

Nom du professionnel encadrant au moment du sinistre :

Diplôme de l’encadrant :

Etiez-vous plusieurs professionnels à encadrer ? : Si oui, nom prénom :

*Chacun doit faire une déclaration auprès de son assureur*

Y-a-t-il eu une déclaration de police ou un PV de gendarmerie ? :

N° de déclaration ou de PV :

# CIRCONSTANCES DE L'EVENEMENT ET DOMAINE D'ACTIVITE

Date : Heure : Département :

Lieu :

Nombre de personne (s) constituant le groupe sous la responsabilité du moniteur :

Activités :

# IDENTITE DE LA VICTIME

Nom Prénom : Sexe: masculin féminin

Date de naissance :

Tel portable :

Adresse complète :

# NATURE DES BLESSURES

# DESCRIPTION DE L'EVENEMENT

Vous devez déclarer les circonstances de l'accident le plus précisément possible à partir de l'accueil jusqu'à l'évacuation de la victime. (Poursuivre sur papier libre si nécessaire)

# TEMOIN(S)

Nom Prénom : Sexe: masculin féminin

Date de naissance :

Tel portable :

Adresse complète :

# CROQUIS, PHOTOS, VIDEOS

# (facultatif, ne remplace pas la description circonstanciée de l'accident)

***(Loi n° 78-17 Informatique et libertés du 6 janvier 1978) et secret professionnel/médical***

Par l’envoi du présent document :

– je reconnais avoir été informé(e) que les données à caractère personnel recueillies par ce document sont obligatoires pour permettre au syndicat et à ACS+ la prise en compte et le suivi de ma demande

– j’autorise le syndicat SNGP CKDA et ACS+, dans le respect du secret professionnel, à communiquer aux seules personnes concernées par la gestion de ce dossier corporel, les informations à caractère médical me concernant

– si l’indemnisation de mes dommages corporels nécessite une ou plusieurs expertises médicales, j’autorise le(s) médecin(s) expert(s) à transmettre un exemplaire de son(ses) ou leur(s) rapport(s) au gestionnaire habilité par ACS+, dans le strict respect des règles du secret professionnel.

Ces données seront transmises pour les besoins de mon indemnisation aux seuls assureurs et organismes concernés par le règlement de l’accident. Conformément à la loi, je dispose d'un droit d'accès, de rectification, d’opposition et de suppression que je peux exercer à tout moment auprès du SNGP CKDA à contact@sngpckda.org