



POLICE N°: AL 188 177
OPTION 1 : AL 203 964

FORMULAIRE DE DECLARATION D'ACCIDENT

A remplir par le licencié FFT victime et à envoyer à A.I.A.C. - 14, rue de Clichy, 75311 Paris Cedex 09 -
dans un délai maximum de 15 jours suivant la date de l'accident
A COMPTER DU 1^{er} OCTOBRE 2008

L'accident

Date de l'accident :

Lieu de l'accident :

CIRCONSTANCES DETAILLEES DE L'ACCIDENT (joindre croquis si nécessaire) :

.....
.....

Nom et adresse du « responsable présumé » de l'accident :

.....

Nom et adresse des témoins :

Mr - Mme - Melle / Nom :
Rue :
Code Postal : Ville :
Tél. :

Mr - Mme - Melle / Nom :
Rue :
Code Postal : Ville :
Tél. :

Nature des blessures : (joindre le certificat médical de constatation des blessures et le certificat médical d'arrêt de travail)

.....
.....

Le club

Nature des dégâts autres : (pour les dommages matériels joindre un devis détaillé)

.....
.....

Cadre exclusivement réservé au Club

Nom et adresse du Club d'affiliation :

.....

Tél. : Fax :

Nom et adresse du Président :

Tél. : Numéro de code du club :

Signature Obligatoire :

Cachet du Club

Personne blessée

- 1/ **S'agit-il d'un licencié de la F.F.T.** : oui - non
A t'il souscrit la garantie complémentaire « Option 1 » : oui - non
- 2/ **S'agit-il d'un Athlète de Haut Niveau** : oui - non
- 3/ **S'agit-il d'un Dirigeant** : oui - non
A t'il souscrit la garantie complémentaire « Option 1 » : oui - non
- 4/ **S'agit-il d'un Moniteur ou d'un Professeur licencié** : oui - non
A t'il souscrit la garantie complémentaire « Régime optionnel des Moniteurs » : oui - non

- N° licence (copie à joindre à la présente) : Date de délivrance : Période de validité :

A remplir impérativement

| | | | |
|----------------------------------|---------------|---------------------------|---|
| Nom du blessé ou du lésé : | | Prénom : | |
| Adresse : | | | |
| Code Postal : | Ville : | Tél. : | |
| Profession : | | Date de naissance : | Sexe : <input type="radio"/> Féminin <input type="radio"/> Masculin |

ORGANISMES SOCIAUX et AUTRES REGIMES

| | | |
|--|---------------|----------------------------|
| <u>Etes-vous affilié à la Sécurité Sociale</u> : <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | | N° de S.S. : |
| Adresse du Centre : | | |
| Code Postal : | Ville : | |
| <u>Etes-vous affilié à un autre Régime</u> : <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | | N° Immatriculation : |
| Adresse du Centre : | | |
| Code Postal : | Ville : | |

MUTUELLE COMPLEMENTAIRE

| | | |
|--|---------------|-------------|
| <u>Etes-vous affilié à une mutuelle complémentaire</u> : <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non – | | Nom : |
| Adresse : | | |
| Code Postal : | Ville : | |
| N° de contrat : | | |

Personne effectuant la déclaration (si différente de la Victime)

| | | | |
|---|---------------|----------------|--|
| Nom : | | Prénom : | |
| Adresse : | | | |
| Code Postal : | Ville : | | |
| Qualité vis à vis de la personne blessée (Parent, Ami, Conjoint, ...) : | | | |

Pièces à joindre à la présente ou à adresser ultérieurement

- Dans le cas de blessures corporelles :

- * Photocopie licence, certificat médical initial décrivant les blessures, arrêt de travail, avis de prolongation d'arrêt de travail et lorsque votre état de santé est consolidé* le certificat médical de guérison (sans séquelles) ou de consolidation (précisant la nature des séquelles).
- * Justificatifs des frais médicaux, paramédicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation, de transport médicalisé, restant à la charge du blessé après remboursement de sa mutuelle ou de tout autre régime de prévoyance (S.S.), (joindre les originaux des bordereaux de remboursement des organismes sociaux)

- En cas de décès :

- * Photocopie licence.
- * Certificat médical indiquant la cause du décès.
- * Fiche d'état civil concernant le décédé ou photocopie du livret de famille.

- Dans le cas des dommages matériels autres qu'aux vêtements des joueurs et à leur matériel (non garantis) :

- * Photocopie licence.
- * Etat détaillé des dommages matériels.
- * Devis détaillé précisant le montant des réparations à effectuer.

Information concernant le blessé

Nous vous rappelons que les pièces nécessaires à votre indemnisation (sauf si votre état médical n'est pas consolidé*) doivent nous être adressées, dans un délai maximal de 2 ans, à compter de la date de l'accident.

A défaut, votre droit à indemnisation serait prescrit selon les dispositions de l'Article L114-1 du Code des Assurances.

Prescription :

Nous vous précisons que la prescription est interrompue par une des clauses ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. Un nouveau délai de prescription de deux ans commence alors à courir.

() Consolidation : Lorsque votre médecin considère que votre état de santé, tel qu'il résulte de l'accident, n'évoluera plus ni défavorablement, ni favorablement.*

Fait à :, le :

Signature du Blessé