



FORMULAIRE DE DECLARATION D'ACCIDENT

**A REMPLIR PAR LE LICENCIÉ VICTIME ET A ENVOYER A L'ALLIANCE INTERNATIONALE
DANS UN DELAI MAXIMUM DE 15 JOURS SUIVANT LA DATE DE L'ACCIDENT
A COMPTER DU 1^{er} OCTOBRE 2002**

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 :

Tél. : **Fax** :

Nom et adresse du Président :

Tél. : **N°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 :

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 BLESSE	Prénom :	
Adresse :		
Code Postal :	Ville :	Tél. :
Profession :	Date de naissance :	Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin

ORGANISMES SOCIAUX et AUTRES REGIMES

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

MUTUELLE COMPLEMENTAIRE

<u>Etes-vous affilié à une mutuelle complémentaire</u> : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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. <u>Prescription :</u> 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.

Le Blessé :

- reconnaît avoir pris connaissance des informations délivrées ou communiquées ci-dessus.

Signature du Blessé

Fait à :, le :

A.I.A.C. – ALLIANCE INTERNATIONALE D'ASSURANCES ET DE COMMERCE - 14, Rue de Clichy – 75311 PARIS CEDEX 09

N° VERT : 0 800 886 486

S.A. au Capital de 300.000 € - CCP PARIS 468 91 Z – RC PARIS B 784 199 291 – SIRET 784 199 291 00021 – APE 672Z