



DÉCLARATION D'ACCIDENT

Utilisable dès le 1^{er} juillet 2009

En cas d'accident, cette déclaration accompagnée des documents détaillés ci-après est à envoyer à :

CHARTIS

**Département Indemnisation - FFBB
Tour CHARTIS - 92079 PARIS LA DÉFENSE 2 CEDEX**

Nous souhaitons recevoir un dossier complet et nous savons parfaitement que la réunion des documents (surtout des bordereaux de Sécurité Sociale et/ou de Mutuelle) peut être longue. Il convient donc de nous adresser la déclaration à réception des premiers bordereaux de remboursement laissant apparaître les frais restant à charge.

Prescription :

Toutes les actions sont prescrites passé un délai de 2 ans à compter de l'événement, sauf si les bénéficiaires de l'assuré sont les ayants droit de la victime. Ce délai est alors porté à 10 ans.

Ce délai ne court pas notamment en cas de sinistre, à compter du jour où les bénéficiaires en ont connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque là ou en cas d'aggravation du sinistre ou de soins différés dès lors que l'événement d'origine a donné lieu à un remboursement intégral des organismes sociaux.

OPTION CHOISIE

A + Carte basket

Licence N°

B

IDENTITÉ DU LICENCIÉ-VICTIME DE L'ACCIDENT :

NOM ET PRÉNOM : _____ Né(e) le : ____/____/____ Age : _____

Adresse : _____

S'il s'agit d'un mineur, pour les correspondances et les règlements, indiquer les nom et prénom du parent responsable de l'enfant : _____

Nom et adresse du Club auquel l'adhérent appartient : _____

Adresse e-mail : _____

ACTIVITÉ ET PROTECTION SOCIALE DU LICENCIÉ-VICTIME DE L'ACCIDENT :

Actif (ve) Profession : _____ A la recherche d'un emploi

Militaire ou Appelé du contingent En études Femme au foyer Retraité(e)

Autre _____

① Relevez-vous d'un système de protection sociale obligatoire, du type de la Sécurité Sociale, M.S.A. ou travailleur indépendant?

Oui En votre Nom propre Par vos parents Par votre conjoint

Non Quelles en sont les raisons _____

② Relevez-vous d'un système de protection sociale complémentaire, du type Mutuelle?

Oui En votre Nom propre Par vos parents Par votre conjoint

De type Assurance Sportive (si oui, nom de la compagnie et n° contrat) : _____

Non

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT :

Date précise : ____/____/____ Circonstances exactes : _____

Lieu de survenance : _____

L'accident s'est produit au cours d'un trajet ; d'un entraînement ; d'une compétition ; d'un stage ;
d'un tournoi ; d'un match amical ; d'une sélection ; d'une initiation au basket ;
d'une participation bénévole ; autre _____

Date et signature du déclarant :

CETTE PARTIE EST RESERVÉE AU MÉDECIN TRAITANT, AU MÉDECIN HOSPITALIER OU AU MÉDECIN APPELÉ EN URGENCE SUR LES LIEUX ET QUI A CONSTATÉ L'ACCIDENT OU DONNÉ LES PREMIERS SOINS :

Je soussigné(e), Docteur _____, certifie avoir examiné le ____/____/____
Mademoiselle, Madame, Monsieur _____, victime d'un accident le ____/____/____
et avoir constaté les lésions suivantes : _____

Cachet et signature du Médecin :

Cet accident a eu pour conséquence d'entraîner :

- L'engagement de frais pour recevoir des soins. (Honoraires, médicaments, soins, rééducation, transport médicalisé...) - (Dans ce cas vous devez vous référer à la partie I).
- Une hospitalisation. (Dans ce cas vous devez vous référer à la partie II).
- Des soins dentaires ou des réparations de prothèse dentaire. (Dans ce cas vous devez vous référer à la partie III).
- Un bris de lunettes ou une perte ou déchirure de lentille de contact. (Dans ce cas vous devez vous référer à la partie IV).
- Des dommages causés à un tiers ou à des biens appartenant à un tiers. (Dans ce cas vous devez vous référer à la partie V).
- Un arrêt complet d'activité professionnelle avec perte de revenu. (Dans ce cas vous devez vous référer à la partie VI).

I - SI DES FRAIS ONT ÉTÉ ENGAGÉS POUR RECEVOIR DES SOINS, IL FAUT SAVOIR CE QUI SUIT :

Le contrat garantit le remboursement des frais engagés par l'assuré ou son représentant légal (honoraires de médecins, médicaments, rééducation, soins, transport médicalisé).

Cependant, il faut qu'interviennent avant nous, la Sécurité Sociale (ou des organismes équivalents à la Sécurité Sociale) et les Mutuelles.

En effet, notre intervention ne se fera qu'après et en complément de ces organismes et si et seulement si, des frais restent à la charge de l'assuré.

DANS TOUS LES CAS MERCI DE NOUS ENVOYER UN RIB POUR LE REMBOURSEMENT DES FRAIS RESTANT A CHARGE.

Cependant, l'assuré, son représentant légal s'il s'agit d'un enfant ou le conjoint de l'assuré, peut se trouver dans l'une des six situations suivantes :

① **Il est affilié à la Sécurité Sociale (ou équivalent) et à une Mutuelle :**

→ Il nous adresse les **originaux** des décomptes de Mutuelle (dès que ceux-ci sont en sa possession et dans la limite du délai de prescription).

② **Il est affilié uniquement à la Sécurité Sociale :**

→ Il nous adresse les **originaux** des décomptes de Sécurité Sociale (dès que ceux-ci sont en sa possession et dans la limite du délai de prescription).

③ **Il est affilié uniquement à une Mutuelle :**

→ Il nous adresse les **originaux** des décomptes de Mutuelle (dès que ceux-ci sont en sa possession).

④ **Il n'est affilié à aucun organisme :**

→ Il nous adresse les originaux des factures des frais engagés et expose par écrit, les raisons pour lesquelles il n'est affilié à aucun organisme.

⑥ **Il est intégralement indemnisé par les organismes sociaux :**

→ Il nous adresse la déclaration en précisant bien qu'il est intégralement remboursé, cette déclaration vise à enregistrer le dossier pour garantir les séquelles futures éventuelles.

II - SI L'ACCIDENT A NÉCESSITÉ UNE HOSPITALISATION, CETTE PARTIE EST RÉSERVÉE AU BUREAU DES ADMISSIONS :

Date d'entrée : ___/___/___ Date de présence : ___/___/___ Date de sortie : ___/___/___

Les soins donnés l'ont-ils été uniquement au service des Urgences :

Oui ; Non ; dans ce second cas, dans quel service, le blessé a-t-il été transféré : _____

Date d'entrée dans ce service : ___/___/___ Date de présence : ___/___/___ Date de sortie : ___/___/___

Si le séjour s'est prolongé dans un service autre que le service des urgences, il convient de nous joindre un certificat médical précisant les soins et traitements reçus en milieu hospitalier.

Si le séjour en milieu hospitalier devait se prolonger, il convient de nous adresser régulièrement, tous les 15 jours, des bulletins de situation indiquant la date de présence au sein de l'établissement, jusqu'à ce que vous soyez en mesure de nous adresser le bulletin de situation de sortie.

Cachet de l'établissement :
(par le Bureau des entrées ou des Admissions)

III - CETTE PARTIE EST RÉSERVÉE AU CHIRURGIEN-DENTISTE EN CAS DE SOINS DENTAIRES OU EN CAS DE RÉPARATION DE PROTHÈSE DENTAIRE :

Je soussigné(e), Docteur _____, certifie avoir examiné le ___/___/___

Mademoiselle, Madame, Monsieur _____, victime d'un accident le ___/___/___

et avoir constaté les lésions suivantes : _____

a) Description des soins qui doivent être effectués ou qui seront effectués au niveau des dents, sans qu'il y ait obligation de réparer ou de remplacer une prothèse dentaire : _____

N° de la dent ou des dents concernée(s) : _____

b) Description, ou identification de la ou des prothèse(s) déjà en place avant l'accident et qui doivent être réparée(s) ou remplacée(s) : _____

N° de la dent ou des dents concernée(s) : _____

c) En cas de refus d'intervention des organismes (Sécurité Sociale, Mutuelle, Autres), nous adresser les originaux des refus émanant des organismes

Les soins dentaires ou les soins de réparation ou de remplacement de prothèse seront-ils immédiatement exécutés ou différés dans le temps : Immédiats ; Différés

S'ils sont différés, quelle en sera la date approximative : ___/___/___

Il convient de joindre les factures détaillant les frais relatifs aux soins donnés. Ainsi que les avis de remboursements de la Sécurité Sociale (ou équivalent) et/ou Mutuelle, à défaut leur refus de prise en charge.

Cachet et signature du chirurgien dentiste :

IV - CETTE PARTIE EST RÉSERVÉE A L'OPTICIEN EN CAS DE BRIS DE LUNETTES OU DE PERTE OU DÉCHIRURE DE LENTILLES :

Nature du dommage subi par l'assuré :

Bris des lunettes au niveau de la monture et/ou verres

Perte ou déchirure de lentilles de contact

Montant total des frais engagés pour la réparation ou le remplacement : _____

S'il s'agit des lunettes : - quelle est la part dans la facture réservée aux seuls verres : _____

- quelle est la part dans la facture réservée à la seule monture : _____

Il convient de joindre les avis de remboursements de la Sécurité Sociale (ou équivalent) et/ou Mutuelle, à défaut leur refus de prise en charge (originaux).

Cachet et signature de l'opticien :

V - CETTE PARTIE CONCERNE LES DOMMAGES CAUSÉS À UN TIERS OU A DES BIENS APPARTENANT À UN TIERS :

Nom du tiers : _____

Nature des dommages : _____

Estimation des dommages : _____

VI - SI L'ACCIDENT ENTRAÎNE UN ARRÊT COMPLET D'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE AVEC PERTE DE REVENU :

La "GARANTIE INDEMNITÉS JOURNALIÈRES ACCIDENTELLES" est acquise.

● uniquement si cette option a été cochée sur le bulletin d'adhésion d'assurance FFBB de l'assuré.

● et exclusivement, en cas d'accident garanti, dont l'assuré est victime, survenant uniquement lors de la pratique du basket tel que défini au contrat d'assurance **4.091.165** et entraînant une incapacité temporaire totale.

Dans ce cas, la Compagnie verse à l'assuré pour chaque jour d'arrêt complet d'activité professionnelle avec ou sans hospitalisation, une indemnité journalière ne pouvant excéder 45 Euros par jour, sans franchise et sans pouvoir dépasser une période maximale de 120 jours par sinistre.

Cette indemnité journalière est versée exclusivement en cas de perte réelle de revenu de l'assuré dans les conditions définies ci-dessus lorsque :

✓ l'assuré exerce une activité professionnelle et est mis en arrêt de travail par décision médicale.

✓ L'assuré est inscrit aux ASSEDIC et reçoit à ce titre des prestations.

Dans tous les cas, l'indemnité journalière est versée pendant le nombre de jour où l'assuré est dans l'impossibilité complète de se livrer à un travail quelconque, fut-ce même de direction ou de surveillance.

La durée de l'incapacité temporaire est fixée par le médecin traitant de l'assuré, étant entendu que la Compagnie se réserve le droit de les faire contrôler par son médecin expert.

Outre les informations et/ou documents réclamés ci-dessus, vous devez également fournir en cas d'incapacité temporaire totale :

- le certificat du médecin, du chirurgien ou du centre hospitalier appelé à donner les premiers soins, décrivant les blessures et fixant la durée prévisible de l'arrêt d'activité,
- un certificat médical de prolongation, si l'assuré n'est pas en mesure de reprendre son activité professionnelle à la date fixée par le précédent certificat, ce certificat devant parvenir à la Compagnie dans un délai de 10 jours suivant la date d'expiration du précédent certificat,
- Toute transmission dans un délai supérieur à 15 jours entraîne la déchéance du droit aux indemnités journalières
- pendant la période comprise entre la date du précédent certificat et la date d'envoi du certificat de prolongation, sauf cas fortuit ou de force majeure.
- lorsque l'assuré exerce une activité professionnelle et est mis en arrêt de travail par décision médicale :
- une attestation de perte de salaire établie par l'employeur,
- tous justificatifs originaux indiquant le(s) paiement(s) effectué(s) par la Sécurité Sociale ou régime similaire, régime complémentaire ou employeur,
- le bulletin de salaire du mois de l'accident.
- lorsque l'assuré est inscrit aux ASSEDIC et reçoit à ce titre des prestations :
- le bulletin de versement des prestations ASSEDIC du mois précédant l'accident, du mois de l'accident et du mois suivant l'accident,
- tous justificatifs originaux indiquant le(s) paiement(s) effectué(s) par la Sécurité Sociale ou régime similaire, régimes complémentaires.