



Solutions
d'assurances



FORMULAIRE DE DECLARATION D'ACCIDENT

A REMPLIR PAR LE LICENCIÉ VICTIME ET A ENVOYER A :

A.I.A.C. – 14 rue de Clichy 75311 Paris cedex 09

DANS UN DELAI MAXIMUM DE 5 JOURS SUIVANT LA DATE DE L'ACCIDENT

Police d'assurance GENERALI n°AL 800.338

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 d'affiliation du club :

Signature Obligatoire :

Cachet du Club

Personne Blessée

1/ S'agit-il d'un licencié de la FFVB ? : oui - non

A t'il souscrit la garantie complémentaire « Option A ou B » : oui - non

2/ S'agit-il d'un Athlète de Haut Niveau ? : oui - non

3/ S'agit-il d'un Dirigeant ? : 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

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

MUTUELLE COMPLEMENTAIRE

| | |
|--|---------------|
| Etes-vous affilié à une mutuelle complémentaire : <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 (à adresser sous pli confidentiel à l'attention du Médecin – Conseil), 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- adresser sous pli confidentiel à l'attention du Médecin – Conseil).
- * 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.*

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

Fait à :, le :

Signature du Blessé