

# 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 MAIF n°422 87 19N

## 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 FFTA ? .....  oui -  non

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

3/ S'agit-il d'un Dirigeant?.....  oui -  non

4/ A t'il souscrit la garantie complémentaire « Option 1 ou 2 » : .....  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**

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

**MUTUELLE COMPLEMENTAIRE**

<b>Etes-vous affilié à une mutuelle complémentaire :</b> <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