

Formulaire de déclaration d'accident

A remplir par le licencié victime est à envoyer à :
AIAC – 14 rue de Clichy 75009 Paris ou bien sous format numérique au : decla.federation@aiac.fr
Dans un délai maximum de 15 jours suivant la date de l'accident
Conditions valables à compter du 1^{er} octobre 2014 jusqu'au 30 septembre 2017

L'accident

Date de l'accident :

Lieu de l'accident :

Circonstances détaillées de l'accident (joindre un croquis si nécessaire) :
.....
.....
.....

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

Nom et adresse des témoins :

M – Mme – Mlle / Nom :
Rue :
Code Postal : Ville :
Tél. :

M – Mme – Mlle / 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) :
.....
.....

<i>Cadre exclusivement réservé au Club</i>	
<u>Nom et adresse du Club d'affiliation</u> :	
Tél. :	Fax :
<u>Nom et adresse du Président</u> :	
Tél. :	<u>Numéro d'affiliation du club</u> :
Signature Obligatoire :	Cachet du Club

Personne blessée

- 1/ S'agit-il d'un licencié de la FFT : 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 : Féminin Masculin

Organismes sociaux et autres régimes

Etes-vous affilié à la Sécurité Sociale : oui non N° de S.S. :
Adresse du Centre :
Code Postal : Ville :
Etes-vous affilié à un autre Régime : oui non N° Immatriculation :
Adresse du Centre :
Code Postal : Ville :

Mutuelle complémentaire

Etes-vous affilié à une mutuelle complémentaire : oui non – Nom :
Adresse :
Code Postal : Ville :
N° de contrat :

Si la personne effectuant la déclaration n'est pas 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 des 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 de la licence.
 - * Certificat médical indiquant la cause du décès.
 - * Fiche d'état civil concernant le défunt 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 de la 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