

Formulaire de déclaration d'accident

Contrat GMF - LA SAUVEGARDE n°Z157020.002 souscrit par la FFA

A remplir par le licencié victime est à envoyer à :

A.I.A.C. - 14 rue de Clichy 75009 Paris ou bien sous format numérique: assurance-athle@aiac.fr

Dans un délai maximum de 15 jours suivant la date de l'accident

L'accident

Date de l'accident :

Lieu de l'accident :

Circonstances détaillées de l'accident (joindre un croquis si nécessaire) : Compétition ? Entraînement ? Déplacement ?

Discipline :

Nom et adresse du « responsable présumé » de l'accident (le cas échéant)

Nom et adresse des témoins :

M - Mme - Mlle / Nom :	M - Mme - Mlle / Nom :
Rue :	Rue :
Code Postal : Ville :	Code Postal : Ville :
Tél. :	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>	
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 F.F.A. ? : oui - non
- 2/ S'agit-il d'un Athlète de Haut Niveau : oui - non
- 3/ S'agit-il d'un Bénévole ? : oui - non
- 4/ S'agit-il d'un Bénévole licencié ? : oui - non
- 5/ S'agit-il d'un participant étranger ? : oui - non
- 6/ S'agit-il d'un titulaire Pass Running ? : oui - non
- Le blessé a-t-il souscrit la garantie complémentaire « Option 1 ou 2 » : oui - non

- N° licence (copie à joindre à la présente) : Date de délivrance :

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 les autres cas :

- * Photocopie de la licence du présumé responsable lorsqu'il est licencié.
- * Etat détaillé des circonstances et nature des dommages.
- * Devis détaillé précisant le montant de la réclamation du tiers ou 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