

# 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](mailto:decla.federation@aiac.fr)  
Dans un délai maximum de 15 jours suivant la date de l'accident  
Conditions valables à compter du 1<sup>er</sup> 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