

A TRANSMETTRE A :
CAPDET RAYNAL - SERVICE LICENCIES FFBS

23 rue Chauchat – CS 33132 - 75009 PARIS - Tél : 01 44 83 87 74 – mail : capdet@francecourtage.fr

POUR UN MEILLEUR TRAITEMENT DE VOTRE DEMANDE, NOUS VOUS RAPPELONS QU'IL EST IMPERATIF DE REpondre A L'ENSEMBLE DES QUESTIONS ET DE JOINDRE LES DOCUMENTS DEMANDES EN PAGE 2

COORDONNEES DE LA VICTIME

LA VICTIME EST-ELLE ?

- UNE PERSONNE MORALE
 UNE PERSONNE PHYSIQUE

S'AGIT-IL D'UN ?

- JOUEUR (N° LICENCE FFBS :) PIETON
 VEHICULE AUTRE :

NOM OU RAISON SOCIALE :

ADRESSE :

CODE POSTAL : **VILLE :**

TELEPHONE :

E-MAIL :

NATURE DU PREJUDICE :

- CORPOREL (REPLIR IMPERATIVEMENT CERTIFICAT MEDICAL PAGE 3) :
.....
 MATERIEL OU IMMATERIEL (MONTANT*) :

LIEU OU LES DOMMAGES PEUVENT ETRE CONSTATES :
.....

UN CONTRAT D'ASSURANCE COUVRE-T-IL LE PREJUDICE SUBI ?

(MUTUELLE, INDIVIDUELLE ACCIDENT, TOUS RISQUES VELO...)

- OUI NON

DANS L'AFFIRMATIVE, QUELLES SONT LES COORDONNEES DU OU DES ASSUREURS ?
.....
.....
.....

*** joindre devis et témoignages**

COORDONNEES DE LA PERSONNE MISE EN CAUSE

LA PERSONNE MISE EN CAUSE EST-ELLE ?

- UNE PERSONNE MORALE (ORGANISATEUR OUI NON)
 UNE PERSONNE PHYSIQUE

S'AGIT-IL D'UN ?

- JOUEUR (N° LICENCE FFBS:) PIETON
 VEHICULE ANIMAL AUTRE :

NOM OU RAISON SOCIALE :

ADRESSE :

CODE POSTAL : **VILLE :**

TELEPHONE :

E-MAIL :

A-T-ELLE EGALEMENT SUBI UN PREJUDICE :

- CORPOREL (REPLIR IMPERATIVEMENT CERTIFICAT MEDICAL PAGE 3) :
.....
 MATERIEL OU IMMATERIEL (MONTANT*) :

LIEU OU LES DOMMAGES PEUVENT ETRE CONSTATES :
.....

UN CONTRAT D'ASSURANCE COUVRE-T-IL LE PREJUDICE CAUSE

(AUTRE QUE L'ASSUREUR FFBS) ? :

- OUI NON

DANS L'AFFIRMATIVE, QUELLES SONT LES COORDONNEES DU OU DES ASSUREURS ?
.....
.....
.....

*** joindre devis et témoignages**

CIRCONSTANCES DATE ET HEURE

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Croquis descriptif

Le service pour signature

CIRCONSTANCES DES DOMMAGES

Si les dommages ont eu lieu en compétition, précisez :

L'INTITULE DE L'EPREUVE :
ETAIT-ELLE INSCRITE AU CALENDRIER FFBS ? OUI NON - N° DE L'ATTESTATION :
NOM DE L'ORGANISATEUR : N° AFFILIATION :
ADRESSE :
CORRESPONDANT (NOM ET PRENOM) :
TELEPHONE : TELECOPIE : E-MAIL :

Si les dommages n'ont pas eu lieu en compétition, précisez les circonstances :

ENTRAINEMENT COLLECTIF ENTRAINEMENT INDIVIDUEL USAGE PRIVE ET/OU DE LOISIR NON SPORTIF AUTRE :
S'AGISSAIT-IL D'UNE MANIFESTATION ORGANISEE PAR UN CLUB ? OUI NON – LEQUEL ? :
.....

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES A PROPOS DES RESPONSABILITES

LA RESPONSABILITE D'UNE AUTRE PERSONNE PEUT-ELLE ETRE ENGAGEE ? OUI NON





SI OUI, QUELLES SONT LES COORDONNEES DE CETTE PERSONNE OU DE SON ASSUREUR ?

.....
.....

SI L'ACCIDENT EST SURVENU LORS DE SA PRATIQUE SPORTIVE, LE RESPONSABLE A-T-IL COMMIS UNE FAUTE CONTRE LE JEU RESULTANT D'UN ACTE DELOYAL OU AGRESSIF ? OUI (JOINDRE ETAT DES RESULTATS) NON

INFORMATIONS DIVERSES :
.....

N'oubliez pas de joindre à la présente déclaration :

 EN CAS DE SINISTRE SURVENANT EN COMPETITION	- PHOTOS - CONSTAT D'INTERVENTION PAR SERVICES CONCERNES
 EN CAS DE SINISTRE IMPLIQUANT AU MOINS UN LICENCIE	COPIE DE LA LICENCE FFBS DE LA VICTIME ET/OU DE L'AUTEUR DE L'ACCIDENT.
 EN CAS DE DOMMAGES CORPORELS	L'ATTESTATION MEDICALE CI-APRES OU CERTIFICAT MEDICAL ETABLI PAR VOTRE MEDECIN (A JOINDRE A VOTRE DECLARATION SOUS ENVELOPPE CACHETEE).
 LE CAS ECHEANT	LE PROCES VERBAL DE GENDARMERIE OU DE POLICE.

LE SIGNATAIRE DE LA PRESENTE DECLARATION S'ENGAGE A NE FOURNIR QUE DES RENSEIGNEMENTS EXACTS ET A NE SUPPRIMER VOLONTAIREMENT AUCUN FAIT.

TOUTE RETICENCE OU DECLARATION INTENTIONNELLEMENT FAUSSE, SUR LA NATURE, LES CAUSES ET LES CIRCONSTANCES DU SINISTRE ENTRAINERA LA DECHEANCE DE LA GARANTIE POUR CE SINISTRE.

FAIT A :

LE

NOM ET QUALITE DU DECLARANT :

SIGNATURE

ATTESTATION MEDICALE INITIALE

JE SOUSSIGNE(E) DOCTEUR, CERTIFIE AVOIR EXAMINE

CE JOUR :

MONSIEUR-MADAME-MADEMOISELLE

A LA SUITE DE L'ACCIDENT DU

ET JE CONSTATE (DESCRIPTION DES BLESSURES) :

A PREVOIR : HOSPITALISATION DE JOURS / ARRET DE TRAVAIL DE JOURS

PROBABLE INVALIDITE : OUI NON

TAUX : ----- %

FAIT A :

SIGNATURE :

LE :