

CONTRAT GENERALI N° AN 545 066

**CETTE DECLARATION DOIT OBLIGATOIREMENT ETRE COMPLETEE, SIGNEE ET TRANSMISE
A CAPDET RAYNAL AU MAXIMUM 5 JOURS APRES LA SURVENANCE DE L'ACCIDENT**

NOM DE LA VICTIME **PRENOM**

SEXE MASCULIN FEMININ- DATE DE NAISSANCE

ADRESSE

CODE POSTAL VILLE.....

TELEPHONE E-MAIL@

NUMERO ET CATEGORIE DE LICENCE DATE DE DELIVRANCE

SI VOUS N'ETES PAS LICENCIE, ETES-VOUS ? DIRIGEANT BENEVOLE - MEMBRE DU PERSONNEL FEDERAL - INVITE ETRANGER

ETES-VOUS AFFILIE SPORTIF DE HAUT NIVEAU ? OUI NON

ETES-VOUS AFFILIE A LA SECURITE SOCIALE ? OUI NON - NUMERO.....

SI VOUS ETES AFFILIE A UN AUTRE REGIME, PRECISER LEQUEL NUMERO

ADRESSE COMPLETE DU CENTRE.....

TELEPHONE E-MAIL@

AVEZ-VOUS SOUSCRIT UNE MUTUELLE COMPLEMENTAIRE ? OUI NON - NUMERO DE CONTRAT

NOM DE L'ORGANISME ADRESSE COMPLETE

TELEPHONE E-MAIL@

AVEZ-VOUS SOUSCRIT UNE GARANTIE INDIVIDUELLE ACCIDENT COMPLEMENTAIRE AUPRES DE L'ASSUREUR FEDERAL ? OUI NON

DANS L'affIRMATIVE, LAQUELLE ? OPTION A OPTION B

CADRE EXCLUSIVEMENT RESERVE AU CLUB :

NOM DU CLUB NUMERO

ADRESSE COMPLETE

TELEPHONE E-MAIL@

CACHET DU CLUB SIGNATURE OBLIGATOIRE

QUALITE DU SIGNATAIRE :

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT (DECRIRE LES CIRCONSTANCES PRECISES DE L'ACCIDENT EN PAGE SUIVANTE) :

DATE ET HEURE :.....

COORDONNEES PRECISES DU LIEU DE L'ACCIDENT :

QUELLE DISCIPLINE PRATIQUIEZ-VOUS ? BASEBALL- SOFTBALL - CRICKET - L'ACCIDENT EST-IL SURVENU A L'OCCASION
D'UN(E) : COMPETITION - ENTRAINEMENT - TRAJET/ DEPLACEMENT - AUTRE ACTIVITE SOUS L'EGIDE DE LA FFBS

UN TIERS EST-IL IMPLIQUE ? SANS TIERS LICENCIE FFBS - SPECTATEUR - AUTRE (EX : VEHICULE, ANIMAL)

NOM, ADRESSE ET E-MAIL DU TIERS

NOMS, ADRESSES ET E-MAILS DES TEMOINS DE L'ACCIDENT

NATURE DES BLESSURES (JOINDRE LE CERTIFICAT MEDICAL INITIAL SOUS ENVELOPPE CACHETEE).....

AYANT NECESSITANT UN(E) : HOSPITALISATION - DUREE : ARRET DE TRAVAIL - DUREE :

ETES- VOUS CONSOLIDE* ? OUI NON - DATE DE CONSOLIDATION* :

NOM DU SIGNATAIRE (SI DIFFERENT DE LA VICTIME) :

QUALITE VIS-A-VIS DE LA VICTIME (PARENT, CONJOINT, AMI, CLUB...) :

ADRESSE :

**LE SIGNATAIRE DE LA PRESENTE DECLARATION CERTIFIE L'EXACTITUDE DES INFORMATIONS DECLAREES CI-DESSUS.
TOUTE RETICENCE OU FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE PEUT ENTRAINER UNE NON GARANTIE AU TITRE DU SINISTRE
DECLARE.**

FAIT A : LE : SIGNATURE :

