

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 :

**NOUS VOUS RAPPELONS QUE CETTE DECLARATION DOIT ETRE TRANSMISE A CAPDET-RAYNAL
DANS LES CINQ JOURS QUI SUIVENT L'ACCIDENT**

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT (DECRIRE LES CIRCONSTANCES PRECISES) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

N'oubliez pas de joindre à la présente déclaration (les documents médicaux sont à joindre sous enveloppe cachetée, « à l'attention du Médecin- conseil ») :

| | |
|--|--|
| ☞ DANS TOUS LES CAS | LA COPIE DE LA LICENCE FFBS |
| ☞ EN CAS DE BLESSURE | L'ATTESTATION MEDICALE INITIALE DECRIVANT LES BLESSURES |
| EN CAS DE BLESSURE GRAVE | LE CERTIFICAT D'ARRET DE TRAVAIL ET L'AVIS DE PROLONGATION PRECISANT LES RAISONS ET LA DUREE DE LADITE PROLONGATION |
| EN CAS D'HOSPITALISATION | LE CERTIFICAT PRECISANT LA DATE D'ENTREE ET DE SORTIE DE L'HOPITAL |
| ☞ EN CAS D'INVALIDITE | VOIR CI-DESSUS + LE CERTIFICAT MEDICAL DE CONSOLIDATION* PRECISANT LA NATURE DES SEQUELLES (UNE EXPERTISE MEDICALE SERA ALORS DILIGENTEE) |
| ☞ EN CAS DE DECES | . LE CERTIFICAT MEDICAL INDIQUANT LA CAUSE DU DECES . LA FICHE D'ETAT CIVIL CONCERNANT LE DECEDE OU PHOTOCOPIE DU LIVRET DE FAMILLE . LES REFERENCES (NOM ET ADRESSE) DU NOTAIRE EN CHARGE DE LA SUCCESSION |
| ☞ POUR LE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SANTE | . LES JUSTIFICATIFS DES FRAIS ENGAGES (MEDICAUX, PARAMEDICAUX, PHARMACEUTIQUES, D'HOSPITALISATION, DE TRANSPORT MEDICALISE...) RESTANT A CHARGE APRES REMBOURSEMENT DES ORGANISMES SOCIAUX ET DE PREVOYANCE ; . LES ORIGINAUX DES DECOMPTES DE LA SECURITE SOCIALE, AVIS DE REMBOURSEMENT ORIGINAUX DE VOTRE MUTUELLE |
| ☞ EN CAS D'ARRET DE TRAVAIL (SI OPTION B SOUSCRITE) | . LE CERTIFICAT D'ARRET DE TRAVAIL ; . L'AVIS DE PROLONGATION D'ARRET DE TRAVAIL ; . UN CERTIFICAT DE REPRISE DE TRAVAIL INDIQUANT SI LA REPRISE EST TOTALE OU PARTIELLE . |

Information importante : nous vous rappelons que les pièces nécessaires à l'indemnisation de la victime (sauf si son état de santé 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, son droit à indemnisation serait prescrit selon les dispositions de l'article L114-1 du Code des Assurances sauf cas d'interruption prévus par la loi (ex : envoi d'une lettre recommandée avec accusé réception de l'Assuré à l'Assureur).

* Consolidation : lorsque votre médecin considère que votre état de santé, tel qu'il résulte de l'accident, n'évoluera plus ni défavorablement, ni favorablement.