

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 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 ENTRAINDER 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 ») :**

|  |  |
|--|--|
|  <b>DANS TOUS LES CAS</b>                                   | LA COPIE DE LA LICENCE FFBS  |
|  <b>EN CAS DE BLESSURE</b>                                 | L'ATTESTATION MEDICALE INITIALE DECRIVANT LES BLESSURES  |
| <b>EN CAS DE BLESSURE GRAVE</b>  | LE CERTIFICAT D'ARRET DE TRAVAIL ET L'AVIS DE PROLONGATION PRECISANT LES RAISONS ET LA DUREE DE LADITE PROLONGATION  |
| <b>EN CAS D'HOSPITALISATION</b>  | LE CERTIFICAT PRECISANT LA DATE D'ENTREE ET DE SORTIE DE L'HOPITAL   |
|  <b>EN CAS D'INVALIDITE</b>                               | VOIR CI-DESSUS<br>+ LE CERTIFICAT MEDICAL DE CONSOLIDATION* PRECISANT LA NATURE DES SEQUELLES (UNE EXPERTISE MEDICALE SERA ALORS DILIGENTEE)   |
|  <b>EN CAS DE DECES</b>                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>. LE CERTIFICAT MEDICAL INDIQUANT LA CAUSE DU DECES</li> <li>. LA FICHE D'ETAT CIVIL CONCERNANT LE DECEDE OU PHOTOCOPIE DU LIVRET DE FAMILLE</li> <li>. LES REFERENCES (NOM ET ADRESSE) DU NOTAIRE EN CHARGE DE LA SUCCESSION</li> </ul>  |
|  <b>POUR LE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SANTE</b>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>. LES JUSTIFICATIFS DES FRAIS ENGAGES (MEDICAUX, PARAMEDICAUX, PHARMACEUTIQUES, D'HOSPITALISATION, DE TRANSPORT MEDICALISE...) RESTANT A CHARGE APRES REMBOURSEMENT DES ORGANISMES SOCIAUX ET DE PREVOYANCE ;</li> <li>. LES ORIGINAUX DES DECOMPTES DE LA SECURITE SOCIALE, AVIS DE REMBOURSEMENT ORIGINAUX DE VOTRE MUTUELLE</li> </ul> |
|  <b>EN CAS D'ARRET DE TRAVAIL (SI OPTION B SOUSCRITE)</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>. LE CERTIFICAT D'ARRET DE TRAVAIL ;</li> <li>. L'AVIS DE PROLONGATION D'ARRET DE TRAVAIL ;</li> <li>. UN CERTIFICAT DE REPRISE DE TRAVAIL INDIQUANT SI LA REPRISE EST TOTALE OU PARTIELLE .</li> </ul>   |

**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.