

**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](mailto: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 : ..... )  PIÉTON  
 VÉHICULE  AUTRE : .....

**NOM OU RAISON SOCIALE :** .....

**ADRESSE :** .....

**CODE POSTAL :** ..... **VILLE :** .....

**TÉLÉPHONE :** .....

**E-MAIL :** .....

**NATURE DU PRÉJUDICE :**

- CORPOREL (REPLIR IMPERATIVEMENT CERTIFICAT MEDICAL PAGE 3) :  
.....  
 MATÉRIEL OU IMMATÉRIEL (MONTANT\*) : .....

**LIEU OÙ LES DOMMAGES PEUVENT ÊTRE CONSTATÉS :**  
.....

**UN CONTRAT D'ASSURANCE COUVRE-T-IL LE PREJUDICE SUBI ?**  
(MUTUELLE, INDIVIDUELLE ACCIDENT, TOUS RISQUES VÉLO...)

- OUI  NON

**DANS L'AFFIRMATIVE, QUELLES SONT LES COORDONNÉES 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: ..... )  PIÉTON  
 VÉHICULE  ANIMAL  AUTRE : .....

**NOM OU RAISON SOCIALE :** .....

**ADRESSE :** .....

**CODE POSTAL :** ..... **VILLE :** .....

**TÉLÉPHONE :** .....

**E-MAIL :** .....

**A-T-ELLE EGALEMENT SUBI UN PRÉJUDICE :**

- CORPOREL (REPLIR IMPERATIVEMENT CERTIFICAT MEDICAL PAGE 3) :  
.....  
 MATÉRIEL OÙ IMMATÉRIEL (MONTANT\*) : .....

**LIEU OÙ LES DOMMAGES PEUVENT ÊTRE CONSTATÉS :**  
.....

**UN CONTRAT D'ASSURANCE COUVRE-T-IL LE PREJUDICE CAUSE**  
(AUTRE QUE L'ASSUREUR FFBS) ? :

- OUI  NON

**DANS L'AFFIRMATIVE, QUELLES SONT LES COORDONNÉES 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'ÉPREUVE : .....  
ÉTAIT-ELLE INSCRITE AU CALENDRIER FFBS ?  OUI  NON - N° DE L'ATTESTATION : .....  
NOM DE L'ORGANISATEUR : ..... N° AFFILIATION : .....  
ADRESSE : .....  
CORRESPONDANT (NOM ET PRENOM) : .....  
TÉLÉPHONE : ..... TÉLÉCOPIE : ..... E-MAIL : .....

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

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

## INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES A PROPOS DES RESPONSABILITÉS

LA RESPONSABILITÉ D'UNE AUTRE PERSONNE PEUT-ELLE ÊTRE ENGAGÉE ?  OUI  NON





SI OUI, QUELLES SONT LES COORDONNÉES 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 CONCERNÉS
 EN CAS DE SINISTRE IMPLIQUANT AU MOINS UN LICENCIÉ	COPIE DE LA LICENCE FFBS DE LA VICTIME ET/OU DE L'AUTEUR DE L'ACCIDENT.
 EN CAS DE DOMMAGES CORPORELS	L'ATTESTATION MÉDICALE CI-APRÈS OU CERTIFICAT MÉDICAL ÉTABLI PAR VOTRE MÉDECIN (À JOINDRE À VOTRE DÉCLARATION SOUS ENVELOPPE CACHETÉE).
 LE CAS ÉCHEANT	LE PROCÈS VERBAL DE GENDARMERIE OU DE POLICE.

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

**TOUTE RÉTICENCE OU DÉCLARATION INTENTIONNELLEMENT FAUSSE, SUR LA NATURE, LES CAUSES ET LES CIRCONSTANCES DU SINISTRE ENTRAÎNERA LA DÉCHÉANCE DE LA GARANTIE POUR CE SINISTRE.**

FAIT A :

LE

NOM ET QUALITÉ DU DECLARANT :

SIGNATURE

**ATTESTATION MEDICALE INITIALE**

JE SOUSSIGNÉ(E) DOCTEUR....., CERTIFIE AVOIR EXAMINÉ

CE JOUR :

**MONSIEUR-MADAME-MADEMOISELLE**

A LA SUITE DE L'ACCIDENT DU

ET JE CONSTATE (DESCRIPTION DES BLESSURES) :

A PRÉVOIR : HOSPITALISATION DE .....JOURS / ARRÊT DE TRAVAIL DE .....JOURS

PROBABLE INVALIDITÉ :  OUI  NON

TAUX : ----- %

FAIT À :

SIGNATURE :

LE :