

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 PRATIQUEZ-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 ») :

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.**