

CONTRAT GENERALI N° AU 331 253

**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 :

