

DECLARATION DE SINISTRE INDIVIDUELLE ACCIDENT

CONTRAT GENERALI N° AU 385 797

**CETTE DECLARATION DOIT OBLIGATOIREMENT ÊTRE COMPLÉTÉE, SIGNÉE ET TRANSMISE
À CAPDET RAYNAL AU MAXIMUM 5 JOURS APRÈS LA SURVENANCE DE L'ACCIDENT**

NOM DE LA VICTIME **PRENOM**

SEXE ☐ MASCULIN ☐ FÉMININ - DATE DE NAISSANCE

ADRESSE

CODE POSTAL VILLE.....

TELEPHONE E-MAIL@

NUMERO ET CATEGORIE DE LICENCE DATE DE DELIVRANCE

SI VOUS N'ÊTES PAS LICENCIÉ, ÊTES-VOUS? ☐ DIRIGEANT - ☐ BÉNÉVOLE - ☐ MEMBRE DU PERSONNEL FÉDÉRAL - ☐ INVITÉ ÉTRANGER

ÊTES-VOUS SPORTIF DE HAUT NIVEAU ? ☐ OUI ☐ NON

ÊTES-VOUS AFFILIÉ À LA SÉCURITÉ SOCIALE ? ☐ OUI ☐ NON - NUMERO.....

SI VOUS ÊTES AFFILIÉ À UN AUTRE RÉGIME, PRÉCISER LEQUEL NUMERO

ADRESSE COMPLÈTE DU CENTRE.....

TELEPHONE E-MAIL@

AVEZ-VOUS SOUSCRIT UNE MUTUELLE COMPLÉMENTAIRE ? ☐ OUI ☐ NON - NUMERO DE CONTRAT

NOM DE L'ORGANISME ADRESSE COMPLÈTE

TELEPHONE E-MAIL@

AVEZ-VOUS SOUSCRIT UNE GARANTIE INDIVIDUELLE ACCIDENT COMPLÉMENTAIRE AUPRÈS DE L'ASSUREUR FÉDÉRAL ? ☐ OUI ☐ NON

DANS L'AFFIRMATIVE, LAQUELLE ? ☐ OPTION A ☐ OPTION B

CADRE EXCLUSIVEMENT RÉSERVÉ AU CLUB :

NOM DU CLUB NUMERO

ADRESSE COMPLÈTE

TELEPHONE E-MAIL@

CACHET DU CLUB SIGNATURE OBLIGATOIRE

QUALITÉ DU SIGNATAIRE :

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT (DECRIRE LES CIRCONSTANCES PRÉCISES DE L'ACCIDENT EN PAGE SUIVANTE) :

DATE ET HEURE :.....

COORDONNÉES PRÉCISES DU LIEU DE L'ACCIDENT :

QUELLE DISCIPLINE PRATIQUÉZ-VOUS ? ☐ BASEBALL - ☐ SOFTBALL - ☐ CRICKET - L'ACCIDENT EST-IL SURVENU À L'OCCASION D'UN(E) : ☐ COMPÉTITION - ☐ ENTRAÎNEMENT - ☐ TRAJET/ DÉPLACEMENT - ☐ AUTRE ACTIVITÉ SOUS L'ÉGIDE DE LA FFBS

UN TIERS EST-IL IMPLIQUÉ ? ☐ SANS TIERS ☐ LICENCIÉ FFBS - ☐ SPECTATEUR - ☐ AUTRE (EX : VÉHICULE, ANIMAL)

NOM, ADRESSE ET E-MAIL DU TIERS

NOMS, ADRESSES ET E-MAILS DES TÉMOINS DE L'ACCIDENT

NATURE DES BLESSURES (JOINDRE LE CERTIFICAT MÉDICAL INITIAL SOUS ENVELOPPE CACHETÉE).....

AYANT NECESSITANT UN(E) : ☐ HOSPITALISATION - DURÉE : ☐ ARRÊT DE TRAVAIL - DURÉE :

ÊTES-VOUS CONSOLIDÉ* ? ☐ OUI ☐ NON - DATE DE CONSOLIDATION* :

NOM DU SIGNATAIRE (SI DIFFÉRENT DE LA VICTIME) :

QUALITÉ VIS-À-VIS DE LA VICTIME (PARENT, CONJOINT, AMI, CLUB...) :

ADRESSE :

LE SIGNATAIRE DE LA PRÉSENTE DECLARATION CERTIFIE L'EXACTITUDE DES INFORMATIONS DÉCLARÉES CI-DESSUS.

TOUTE RÉTICENCE OU FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE PEUT ENTRAÎNER UNE NON GARANTIE AU TITRE DU SINISTRE DÉCLARÉ.

FAIT À : 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.