

A TRANSMETTRE A :
CAPDET RAYNAL - SERVICE LICENCIES FFBS

3-5 rue Saint Georges – CS 33132 - 75009 PARIS - Tél : 01 44 83 87 87 – mail : 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 :) ☐ PIETON
☐ VEHICULE ☐ AUTRE :

NOM OU RAISON SOCIALE :

ADRESSE :

CODE POSTAL : **VILLE :**

TELEPHONE :

E-MAIL :

NATURE DU PREJUDICE :

- ☐ CORPOREL (REPLIR IMPERATIVEMENT CERTIFICAT MEDICAL PAGE 3) :
☐ MATERIEL OU IMMATERIEL (MONTANT*) :

LIEU OU LES DOMMAGES PEUVENT ETRE CONSTATES :

UN CONTRAT D'ASSURANCE COUVRE-T-IL LE PREJUDICE SUBI ?

(MUTUELLE, INDIVIDUELLE ACCIDENT, TOUS RISQUES VELO...)

- ☐ OUI ☐ NON

DANS L'AFFIRMATIVE, QUELLES SONT LES COORDONNEES 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 :) ☐ PIETON
☐ VEHICULE ☐ ANIMAL ☐ AUTRE :

NOM OU RAISON SOCIALE :

ADRESSE :

CODE POSTAL : **VILLE :**

TELEPHONE :

E-MAIL :

A-T-ELLE EGALEMENT SUBI UN PREJUDICE :

- ☐ CORPOREL (REPLIR IMPERATIVEMENT CERTIFICAT MEDICAL PAGE 3) :
☐ MATERIEL OU IMMATERIEL (MONTANT*) :

LIEU OU LES DOMMAGES PEUVENT ETRE CONSTATES :

UN CONTRAT D'ASSURANCE COUVRE-T-IL LE PREJUDICE CAUSE

(AUTRE QUE L'ASSUREUR FFBS) ? :

- ☐ OUI ☐ NON

DANS L'AFFIRMATIVE, QUELLES SONT LES COORDONNEES DU OU DES ASSUREURS ?

.....
.....
.....

*** joindre devis et témoignages**

CIRCONSTANCES DATE ET HEURE

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Croquis descriptif

Le service pour signature

CAPDET RAYNAL est une marque administrée et gérée par INTER COURTAGE ASSURANCES – 3-5, rue Saint Georges - CS 33132 - 75009 PARIS – Tél. 01 44 83 87 87 - Fax 01 42 46 26 54 – www.francecourtage.fr - SASU de courtage en assurances au capital de 5.999.780 € - 572 008 068 RCS Paris - Code APE 6622Z - Immatriculée à l'ORIAS sous le numéro 07 000 795 (www.orient.fr) - Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie Financière conformes aux articles L 512-6 et L 512-7 du code des assurances, sous le contrôle de l'ACPR, 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09 (acpr.banque-france.fr) – INTER COURTAGE ASSURANCES exerce son activité en application des dispositions de l'article L 521-2 II b du code des assurances (la liste des compagnies partenaires est disponible sur simple demande). Réclamation : servicereclamations@francecourtage.fr. En application de l'article L 616-1 du Code de la consommation, le Médiateur de l'Assurance est compétent pour intervenir sur tout litige n'ayant pu être réglé dans le cadre d'une réclamation préalable directement introduite auprès des services de votre courtier. Il peut être saisi par l'un quelconque des moyens suivants : par voie postale à La Médiation de l'Assurance, Pôle CSCA TSA 50110 75441 Paris Cedex 09, par mail à le.mediateur@mediation-assurance.org ou via le site internet www.mediation-assurance.org. Les opérations d'assurances sont exonérées de TVA en vertu de l'article 261 C 2° du Code Général des Impôts.

CIRCONSTANCES DES DOMMAGES

Si les dommages ont eu lieu en compétition, précisez :

L'INTITULE DE L'EPREUVE :
ETAIT-ELLE INSCRITE AU CALENDRIER FFBS ? ☐ OUI ☐ NON - N° DE L'ATTESTATION :
NOM DE L'ORGANISATEUR : N° AFFILIATION :
ADRESSE :
CORRESPONDANT (NOM ET PRENOM) :
TELEPHONE : TELECOPIE : E-MAIL :

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

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

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES A PROPOS DES RESPONSABILITES

LA RESPONSABILITE D'UNE AUTRE PERSONNE PEUT-ELLE ETRE ENGAGEE ? ☐ OUI ☐ NON

SI OUI, QUELLES SONT LES COORDONNEES 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 CONCERNES
 EN CAS DE SINISTRE IMPLIQUANT AU MOINS UN LICENCIE	COPIE DE LA LICENCE FFBS DE LA VICTIME ET/OU DE L'AUTEUR DE L'ACCIDENT.
 EN CAS DE DOMMAGES CORPORELS	L'ATTESTATION MEDICALE CI-APRES OU CERTIFICAT MEDICAL ETABLI PAR VOTRE MEDECIN (A JOINDRE A VOTRE DECLARATION SOUS ENVELOPPE CACHETEE).
 LE CAS ECHEANT	LE PROCES VERBAL DE GENDARMERIE OU DE POLICE.

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

TOUTE RETICENCE OU DECLARATION INTENTIONNELLEMENT FAUSSE, SUR LA NATURE, LES CAUSES ET LES CIRCONSTANCES DU SINISTRE ENTRAINERA LA DECHEANCE DE LA GARANTIE POUR CE SINISTRE.

FAIT A :

LE

NOM ET QUALITE DU DECLARANT :

SIGNATURE

A JOINDRE A VOTRE DECLARATION EN CAS DE DOMMAGES CORPORELS, SOUS ENVELOPPE CACHETEE

ATTESTATION MEDICALE INITIALE

JE SOUSSIGNE(E) DOCTEUR, CERTIFIE AVOIR EXAMINE

CE JOUR :

MONSIEUR-MADAME-MADEMOISELLE

A LA SUITE DE L'ACCIDENT DU

ET JE CONSTATE (DESCRIPTION DES BLESSURES) :

A PREVOIR : HOSPITALISATION DE JOURS / ARRET DE TRAVAIL DE JOURS

PROBABLE INVALIDITE : ☐ OUI

☐ NON

TAUX : ----- %

FAIT A :

SIGNATURE :

LE :