GENERALI Solutions d'assurances

aiac COURTAGE

FFT FÉDÉRATION FRANÇAISE DE TENNIS

POLICE N°: AL 188 177
OPTION 1 : AL 203 964

FORMULAIRE DE DECLARATION D'ACCIDENT

A remplir par le licencié FFT victime et à envoyer à A.I.A.C. *– 14, rue de Clichy, 75311 Paris Cedex 09 –*
dans un délai maximum de 15 jours suivant la date de l'accident
A COMPTER DU 1er OCTOBRE 2008

L'accident

Date de l'accident : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Lieu de l'accident : .....

CIRCONSTANCES DETAILLEES DE L'ACCIDENT *(joindre croquis si nécessaire)* :

.....

.....

.....

Nom et adresse du « responsable présumé » de l'accident : .....

.....

Nom et adresse des témoins :

Mr – Mme – Melle / **Nom** :	Mr – Mme – Melle / **Nom** : .....
Rue :	**Rue** : .....
Code Postal : ..... **Ville** :	**Code Postal** : ..... **Ville** : .....
Tél. :	**Tél.** : .....

Nature des blessures : ***(joindre le certificat médical de constatation des blessures et le certificat médical d'arrêt de travail)***

.....

.....

Le club

Nature des dégâts autres : ***(pour les dommages matériels joindre un devis détaillé)***

.....

.....

Cadre exclusivement réservé au Club

Nom et adresse du Club d'affiliation : .....

.....

Tél. : ..... **Fax** : .....

Nom et adresse du Président : .....

Tél. : ..... **Numéro de code du club** : .....

Signature Obligatoire : **Cachet du Club**

Personne blessée

1/ S'agit-il d'un licencié de la F.F.T. : ..... O oui - O non
A t'il souscrit la garantie complémentaire « Option 1 » : ..... O oui - O non
2/ S'agit-il d'un Athlète de Haut Niveau : ..... O oui - O non
3/ S'agit-il d'un Dirigeant : ..... O oui - O non
A t'il souscrit la garantie complémentaire « Option 1 » : ..... O oui - O non
4/ S'agit-il d'un Moniteur ou d'un Professeur licencié : ..... O oui - O non
A t'il souscrit la garantie complémentaire « Régime optionnel des Moniteurs » : ..... O oui - O non

---

- **N° licence** (*copie à joindre à la présente*) : ..... Date de délivrance : ..... *Période de validité :* .....

A remplir impérativement

Nom du blessé ou du lésé : ..... **Prénom :** .....
Adresse : .....
Code Postal : ..... **Ville :** ..... **Tél. :** .....
Profession : ..... **Date de naissance :** ..... **Sexe :** O *Féminin* O *Masculin*

ORGANISMES SOCIAUX et AUTRES REGIMES

Etes-vous affilié à la Sécurité Sociale : O *oui* O *non* *N° de S.S. :* .....
Adresse du Centre : .....
Code Postal : ..... Ville : .....
Etes-vous affilié à un autre Régime : O *oui* O *non* *N° Immatriculation :* .....
Adresse du Centre : .....
Code Postal : ..... Ville : .....

MUTUELLE COMPLEMENTAIRE

Etes-vous affilié à une mutuelle complémentaire : O *oui* O *non* – *Nom :* .....
Adresse : .....
Code Postal : ..... *Ville :* .....
N° de contrat : .....

Personne effectuant la déclaration (si différente de la Victime)

Nom : ..... **Prénom :** .....
Adresse : .....
Code Postal : ..... **Ville :** .....
Qualité vis à vis de la personne blessée (Parent, Ami, Conjoint, ...) : .....

Pièces à joindre à la présente ou à adresser ultérieurement

- Dans le cas de blessures corporelles :
  * Photocopie licence, certificat médical initial décrivant les blessures, arrêt de travail, avis de prolongation d'arrêt de travail et lorsque votre état de santé est consolidé* le certificat médical de guérison (sans séquelles) ou de consolidation (précisant la nature des séquelles).
  * Justificatifs des frais médicaux, paramédicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation, de transport médicalisé, restant à la charge du blessé après remboursement de sa mutuelle ou de tout autre régime de prévoyance (S.S.), (joindre les originaux des bordereaux de remboursement des organismes sociaux)
- En cas de décès :
  * Photocopie licence.
  * Certificat médical indiquant la cause du décès.
  * Fiche d'état civil concernant le décédé ou photocopie du livret de famille.
- Dans le cas des dommages matériels autres qu'aux vêtements des joueurs et à leur matériel (non garantis) :
  * Photocopie licence.
  * Etat détaillé des dommages matériels.
  * Devis détaillé précisant le montant des réparations à effectuer.

Information concernant le blessé

Nous vous rappelons que les pièces nécessaires à votre indemnisation (sauf si votre état médical 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, votre droit à indemnisation serait prescrit selon les dispositions de l'Article L114-1 du Code des Assurances.

Prescription :
Nous vous précisons que la prescription est interrompue par une des clauses ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. Un nouveau délai de prescription de deux ans commence alors à courir.
(*) Consolidation : Lorsque votre médecin considère que votre état de santé, tel qu'il résulte de l'accident, n'évoluera plus ni défavorablement, ni favorablement.

Fait à : ....., le : .....,

Signature du Blessé