

# FORMULAIRE DE DECLARATION D'ACCIDENT

A REMPLIR PAR LE LICENCIE VICTIME ET A ENVOYER A :

A.I.A.C. – 14 rue de Clichy 75311 Paris cedex 09

DANS UN DELAI MAXIMUM DE 5 JOURS SUIVANT LA DATE DE L'ACCIDENT

Police d'assurance COVEA RISKS 120.135.368- Fédération Française d'Esgrime

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

.....  
 .....

<i>Cadre exclusivement réservé au Club</i>	
<b>Nom et adresse du Club d'affiliation</b> : .....	
.....	
Tél. : .....	Fax : .....
<b>Nom et adresse du Président</b> : .....	
.....	
Tél. : .....	<b>Numéro d'affiliation du club</b> : .....
Signature Obligatoire :	Cachet du Club

## Personne Blessée

- 1/ S'agit-il d'un licencié FFE? : .....  oui -  non  
 2/ S'agit-il d'un Maître d'Arme ou d'un enseignant ? : .....  oui -  non  
 3/ A t'il souscrit une option complémentaire « Option A ou B » ? .....  oui -  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 : <input type="radio"/> Féminin <input type="radio"/> Masculin	

### **ORGANISMES SOCIAUX et AUTRES REGIMES**

<b>Etes-vous affilié à la Sécurité Sociale :</b> <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	N° de S.S. : .....
Adresse du Centre : .....	
Code Postal : .....	Ville : .....
<b>Etes-vous affilié à un autre Régime :</b> <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	N° Immatriculation : .....
Adresse du Centre : .....	
Code Postal : .....	Ville : .....

### **MUTUELLE COMPLEMENTAIRE**

<b>Etes-vous affilié à une mutuelle complémentaire :</b> <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> 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 (à adresser sous pli confidentiel à l'attention du Médecin – Conseil), 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- adresser sous pli confidentiel à l'attention du Médecin – Conseil).
- \* 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.

## **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.*

Le Blessé reconnaît avoir pris connaissance des informations délivrées ou communiquées ci-dessus.

Fait à : ....., le : .....

Signature du Blessé

**A.I.A.C. – ALLIANCE INTERNATIONALE D'ASSURANCES ET DE COMMERCE - 14, Rue de Clichy – 75311 PARIS CEDEX 09**

**N° VERT : 0 800 886 486**

S.A. au Capital de 300.000 € - CCP PARIS 468 91 Z – RC PARIS B 784 199 291 – SIRET 784 199 291 00021 – APE 672Z