

# Formulaire de déclaration d'accident

Contrat GMF - LA SAUVEGARDE n°Z157020.002 souscrit par la FFA

A remplir par le licencié victime est à envoyer à :

A.I.A.C. - 14 rue de Clichy 75009 Paris ou bien sous format numérique: [assurance-athle@aiac.fr](mailto:assurance-athle@aiac.fr)

Dans un délai maximum de 15 jours suivant la date de l'accident

## L'accident

Date de l'accident :

Lieu de l'accident : .....

Circonstances détaillées de l'accident (joindre un croquis si nécessaire) : Compétition ? Entraînement ? Déplacement ?

Discipline : .....

Nom et adresse du « responsable présumé » de l'accident (le cas échéant) .....

Nom et adresse des témoins :

|                                   |                                   |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| M - Mme - Mlle / Nom : .....      | M - Mme - Mlle / 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) :

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

## Personne blessée

- 1/ S'agit-il d'un licencié de la F.F.A. ? : .....  oui -  non
- 2/ S'agit-il d'un Athlète de Haut Niveau : .....  oui -  non
- 3/ S'agit-il d'un Bénévole ? : .....  oui -  non
- 4/ S'agit-il d'un Bénévole licencié ? : .....  oui -  non
- 5/ S'agit-il d'un participant étranger ? : .....  oui -  non
- 6/ S'agit-il d'un titulaire Pass Running ? : .....  oui -  non
- Le blessé a-t-il souscrit la garantie complémentaire « Option 1 ou 2 » : .....  oui -  non

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

### 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 régimes**

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

**Mutuelle complémentaire**

|   |               |
|---|---------------|
| <b><u>Etes-vous affilié à une mutuelle complémentaire :</u></b> <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non – | Nom : .....   |
| Adresse : .....   |               |
| Code Postal : .....   | Ville : ..... |
| N° de contrat : .....   |               |

### Si la personne effectuant la déclaration n'est pas 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 des : 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 de la licence.
- \* Certificat médical indiquant la cause du décès.
- \* Fiche d'état civil concernant le défunt ou photocopie du livret de famille.

#### - Dans les autres cas :

- \* Photocopie de la licence du présumé responsable lorsqu'il est licencié.
- \* Etat détaillé des circonstances et nature des dommages.
- \* Devis détaillé précisant le montant de la réclamation du tiers ou 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