

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'Escrime

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)

.....

Cadre exclusivement réservé au Club	
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 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

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

MUTUELLE COMPLEMENTAIRE

Etes-vous affilié à une mutuelle complémentaire : <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