



# Formulaire de déclaration d'accident

## L'accident

Date de l'accident : .....

Lieu de l'accident : .....

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

Entraînement ? déplacement

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

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

.....  
.....

Nom et adresse des témoins

M- Mme - Mlle / Nom : .....
Rue:.....
Code Postal : .....Ville : .....
Tél. : .....

M- Mme - Mlle / 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 : .....	
Nom et adresse du Président : .....	
Tél. : .....	Numéro d'affiliation du club:.....
Signature Obligatoire :	Cachet du Club :

## Personne blessée

S'agit-il d'un licencié de la F.F.M.N.S ? : OUI  NON

N° licence : .....

*A remplir impérativement*

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

**Organismes sociaux et autres régimes**

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

**Mutuelle complémentaire**

Etes-vous affilié à une mutuelle complémentaire :  oui  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