



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 1<sup>er</sup> 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)

.....  
.....

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

## Personne blessée

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

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

### MUTUELLE COMPLEMENTAIRE

<u>Etes-vous affilié à une mutuelle complémentaire</u> : <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, 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