

# Formulaire de déclaration d'accident

Contrat COVEA n° 128.154.815 souscrit par la FF Squash

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-ffsquash@aiac.fr](mailto:assurance-ffsquash@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>	
<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 de la F.F.Squash. ? : .....  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 Dirigeant ? : .....  oui -  non

5/ S'agit-il d'un participant étranger ? : .....  oui -  non

6/ S'agit-il d'un titulaire Pass Squash ? : .....  oui -  non

Le blessé a-t-il souscrit la garantie complémentaire « Option 1 ou 2 » : .....  oui -  non

- N° licence ou squash pass (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 :  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