

DECLARATION D'ACCIDENT FFSC

A renvoyer dans les 5 jours à :

Cabinet Plénita – Courtier expert de la F.F.S.C. /D.A.
11, rue de l'Escaut – 75019 PARIS
Téléphone : 01.47.70.06.05 - Télécopie : 01.47.70.04.02
Courriel : plenita@wanadoo.fr
Contrat d'assurance COVEA RISKS N° 114 248 400



Identité du blessé

Nom et prénom
Adresse complète
Code postal Ville
Date de naissance
N° téléphone Adresse E-mail :@.....
N° de licence FFSC/D.A. (joindre **obligatoirement** photocopie de la licence)
Profession de blessé :

Régime de prévoyance

Le blessé est-il : Assuré social Travailleur indépendant
Non assuré social en indiquer la raison
N° d'immatriculation sécurité sociale :
Régime complémentaire : le blessé a-t-il une mutuelle ? Oui Non
Si oui, en préciser le nom et l'adresse
Avez-vous un autre contrat susceptible de garantir le présent accident ?
(Individuelle accident ou autre) Oui Non

Nature des garanties souscrites

Auprès de la FFSC/D.A. AVEC LA LICENCE OUI NON
Ou bien alors
 Directement auprès du courtier d'assurances de la F.F.S.C. garanties complémentaires :
 Individuelle accident option 1 Individuelle accident option 2

Identification du CLUB FFSC/D.A.

Nom du club
N° affiliation du club
N° téléphone Adresse E-mail
Nom et adresse du correspondant
Code postal Ville
Autre assurance du club

Renseignements concernant l'accident

L'ACCIDENT En compétition A l'entraînement collectif Au cours du trajet

Date : Heure :

Lieu exact : Commune : Département :

Si compétition, nom et nature de l'épreuve :

Nom du Club Organisateur : N° de ce Club :

Circonstances précises :

Identification des blessures

Attention toute déclaration non accompagnée d'un certificat médical initial descriptif des blessures ne pourra être enregistrée).

Zone, membre ou articulation concernée :
Nature des blessures : Fracture Entorse Luxation Contusion Décès Poly-traumatisme
 Autre précisez
Durée de l'arrêt de travail ou éviction scolaire :jours

Implication de tiers dans l'accident :

Nom, adresse, assurance du responsable (tiers) ou coresponsable de l'accident :

Nom et adresse du tiers à qui vous avez causé des dommages (s'il y a lieu) :

Profession :

Nature de l'assurance du tiers :

Nature des dommages causés (corporels, matériels) :

Nom et adresse du ou des témoins :

Fait à Le

Fait à, le

Signature du secrétaire

Signature du blessé :

Important : Toute réticence ou déclaration intentionnellement fausse, ainsi que la production frauduleuse de documents inexacts ou mensongers entraîneront la déchéance de tout droit à l'indemnité pour le sinistre en cause.

Document à fin de remboursement à adresser ultérieurement (décomptes originaux de Sécurité Sociale ou de votre Mutuelle). Facture originale des frais de secours.

Conservez un double de votre déclaration

Nous vous remercions d'utiliser l'Attestation Médicale Initiale ci-jointe.

ATTESTATION MEDICALE INITIALE

A envoyer en même temps que la déclaration, sous pli fermé, à l'attention de Monsieur le Médecin-Conseil

N° de licence :

Je soussigné, Docteur....., certifie avoir examiné ce jour (ou le).....

M..... qui présente à la suite de l'accident du

Description des blessures :

Son état nécessite

• une hospitalisation de jours

• un arrêt de travail dejours à compter du

avec prescription de

• Garder le lit • Garder la chambre

• Sorties autorisées de..... à.....heures.

Sous réserves et à titre indicatif, je présume que :

la durée de l'Incapacité Temporaire Totale sera

• Inférieure ou égale ou 3 jours

• D'environ 1 mois

• De 1 à 3 mois

• Supérieure à 3 mois

-l'assuré restera atteint d'un taux d'infirmité permanente partielle de :

• Néant

• Inférieur à 10 %

• Compris entre 10 % et 50 %

• Supérieur à 50 %

La présente attestation est faite et remise à l'intéressé sur sa demande.

Signature et cachet du Praticien

Fait à, le

N.B. : il n'y aucune incapacité de travail pour autant que l'intéressé ne peut exercer son activité professionnelle d'aucune manière, qu'il s'agisse d'une activité effective, de direction ou de surveillance.