



DECLARATION DE SINISTRE

PERSONNE BLESSEE

Nom :

Date de naissance :

Prénom :

Sexe :

Adresse :

Téléphone :

Code postal :..... Ville :.....

Bureau distributeur :

Numéro de licence : statut particulier : Dirigeant Fédé/ ligue/ CD

Titre:.....

Athlète de haut niveau

Garantie d'assurance dont bénéficie le licencié :

Garantie de base automatiquement incluse dans la licence

Garantie facultative complémentaire : option 1 option 2

Date de l'accident | | | | | | | |

Lieu de l'accident :

Régime de prévoyance :

* Sécurité Sociale N°

* Nom et N° Mutuelle.....

Nom et adresse des témoins :

.....

.....

.....

.....

.....

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

Relater les faits avec le plus de précisions possible en faisant, si nécessaire, un croquis.

.....

.....

.....

.....

.....

PIECES A JOINDRE

Dans tous les cas : Photocopie de la licence, certificat médical décrivant les blessures et précisant, le cas échéant, la nécessité d'une hospitalisation, et/ou une constatation des dégâts matériels, ainsi qu'un devis précisant le montant des réparations à effectuer.

Le cas échéant : justifications des frais médicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation, de transport, restant à la charge du blessé après remboursement de la Sécurité Sociale et de la Mutuelle ou tout autre régime de prévoyance (bordereaux de remboursement à joindre) et/ou facture acquittée mentionnant le montant des frais de réparation des dégâts matériels.

En cas de décès : certificat médical indiquant la cause du décès, fiches d'état civil concernant le décédé.

PERSONNE EFFECTUANT LA DECLARATION

Nom / Prénom :
Qualité :
Adresse :
Code postal : Ville :
Bureau distributeur : Téléphone :

Signature :

CLUB

Nom : cachet du club

Adresse :

N° affiliation :

CERTIFICAT MEDICAL EVENTUEL

A....., le.....

Je soussigné.....

Docteur en médecine à
déclare avoir examiné

M.....

Victime d'un accident le.....
et avoir constaté les lésions suivantes (siège et nature) :

Durée de l'arrêt de travail ou durée de l'incapacité physique totale.....jours

Durée de l'arrêt activité sportive.....jours

Cachet et signature du médecin (n° du conseil de l'ordre)

**Certificat sur papier libre remis à l'intéressé sur sa demande pour servir et valoir ce que de droit,
non valable devant les Tribunaux**

DECLARATION DE SINISTRE A ADRESSER DANS LES CINQ JOURS A :

**LA FEDERATION FRANCAISE DU SPORT BOULES
63, Rue Anatole France
69100 VILLEURBANNE**

Ainsi qu'une copie au Comité Bouliste Départemental