

## DECLARATION D'ACCIDENT

En cas d'accident, cette déclaration accompagnée des documents détaillés ci-après est à envoyer à :

**AIG EUROPE LIMITED**  
**Département Indemnisation - FFBB**  
**Tour CB21 - 92040 Paris La Défense Cedex**

*Pour le bon traitement de votre dossier, nous vous remercions :*

- de nous envoyer dans un premier temps votre déclaration complétée et accompagnée des documents en votre possession au jour du sinistre.
- d'adresser par envoi complémentaire les documents manquants (la réunion de documents tels que les bordereaux de Sécurité Sociale et/ou de Mutuelle peut être longue) au gestionnaire qui traite votre dossier et dont les coordonnées figurent sur votre courrier de réception de la déclaration de sinistre).

### Prescription

Toutes les actions sont prescrites passé un délai de 2 ans à compter de l'événement, sauf si les bénéficiaires de l'assuré sont les ayants droit de la victime. Ce délai est alors porté à 10 ans.

Ce délai ne court pas notamment en cas de sinistre, à compter du jour où les bénéficiaires en ont connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque là ou en cas d'aggravation du sinistre ou de soins différés dès lors que l'événement d'origine a donné lieu à un remboursement intégral des organismes sociaux.

OPTION CHOISIE :

**A**  
 **B**

+ carte Basket

LICENCE N° : .....

### IDENTITÉ DU LICENCIÉ - VICTIME DE L'ACCIDENT

NOM et PRENOM ..... Né(e) le : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Age : \_\_ ans

Adresse : .....

S'il s'agit d'un mineur, pour les correspondances et les règlements, indiquer les nom et prénom du parent responsable de l'enfant : .....

Adresse e.mail : .....

Adresse postale : .....

Nom et adresse du club auquel l'adhérent appartient : .....

### ACTIVITE ET PROTECTION SOCIALE DU LICENCIÉ - VICTIME DE L'ACCIDENT

- Actif (ve) Profession : .....  A la recherche d'un emploi  
 Militaire ou Appelé du contingent  En études  Femme au foyer  Retraité(e)  Autre : .....

**① Relevez-vous d'un système de protection sociale obligatoire, du type de la Sécurité Sociale, M.S.A. ou travailleur indépendant?**

- Oui  En votre Nom propre  Par vos parents  Par votre conjoint  
 Non Quelles en sont les raisons ? .....

**② Relevez-vous d'un système de protection sociale complémentaire, du type Mutuelle?**

- Oui  En votre Nom propre  Par vos parents  Par votre conjoint  
 De type Assurance Sportive (Si oui, Nom de la Compagnie et n° contrat)  
 Non

## **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT**

Date précise : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Circonstances exactes : .....

Lieu de survenance : .....

L'accident s'est produit au cours :

- d'un trajet       d'un entraînement       d'une compétition       d'un stage       d'un tournoi       d'un match amical  
 d'une sélection       d'une initiation au basket       d'une participation bénévole  
 autre .....

Date et signature du déclarant :

### **CETTE PARTIE EST RESERVÉE AU MÉDECIN TRAITANT, AU MÉDECIN HOSPITALIER OU AU MÉDECIN APPELÉ EN URGENCE SUR LES LIEUX ET QUI A CONSTATÉ L'ACCIDENT OU DONNÉ LES PREMIERS SOINS :**

Je soussigné(e), Docteur ....., certifie avoir examiné le  
\_\_/\_\_/20\_\_ Mademoiselle, Madame, Monsieur, victime d'un accident le \_\_/\_\_/20\_\_ et avoir constaté les  
lésions suivantes : .....

**Cachet et signature du Médecin :**

#### **Cet accident a eu pour conséquence d'entraîner :**

- L'engagement de frais pour recevoir des soins (Honoraires, médicaments, soins, rééducation, transport médicalisé...). *Dans ce cas, vous référer à la partie I.*
- Une hospitalisation. *Dans ce cas, vous référer à la partie II.*
- Des soins dentaires ou des réparations de prothèse dentaire. *Dans ce cas, vous référer à la partie III.*
- Un bris de lunettes ou une perte ou déchirure de lentille de contact. *Dans ce cas, vous référer à la partie I.*
- Des dommages causés à un tiers ou à des biens appartenant à un tiers. *Dans ce cas, vous référer à la partie V.*
- Un arrêt complet d'activité professionnelle avec perte de revenu. *Dans ce cas, vous référer à la partie VI.*

### **PARTIE I – A SAVOIR SI DES FRAIS ONT ÉTÉ ENGAGÉS POUR RECEVOIR DES SOINS**

Le contrat garantit le remboursement des frais engagés par l'assuré ou son représentant légal (honoraires de médecins, médicaments, rééducation, soins, transport médicalisé).

**Cependant, il faut qu'interviennent avant nous, la Sécurité Sociale (ou des organismes équivalents à la Sécurité Sociale) et les Mutuelles. Il est important que l'assuré nous adresse le refus de prise en charge des organismes sociaux en cas de non intervention de ceux-ci pour règlement de notre partie fonction des montants et plafonds de garanties.**

**En effet, notre intervention ne se fera qu'après et en complément de ces organismes et si et seulement si, des frais restent à la charge de l'assuré.**

Cependant, l'assuré, son représentant légal s'il s'agit d'un enfant ou le conjoint de l'assuré, peut se trouver dans l'une des six situations suivantes :

#### **⓪ Il est affilié à la Sécurité Sociale (ou équivalent) et à une Mutuelle :**

→ Il nous adresse les **originaux** des décomptes de Mutuelle (dès que ceux-ci sont en sa possession et dans la limite du délai

de prescription).

**② Il est affilié uniquement à la Sécurité Sociale :**

→ Il nous adresse les **originaux** des décomptes de Sécurité Sociale (dès que ceux-ci sont en sa possession et dans la limite du délai de prescription).

**③ Il est affilié uniquement à une Mutuelle :**

→ Il nous adresse les **originaux** des décomptes de Mutuelle (dès que ceux-ci sont en sa possession).

**④ Il n'est affilié à aucun organisme :**

→ Il nous adresse les originaux des factures des frais engagés et expose par écrit, les raisons pour lesquelles il n'est affilié à aucun organisme.

**⑤ Il est intégralement indemnisé par les organismes sociaux :**

→ Il nous adresse la déclaration en précisant bien qu'il est intégralement remboursé, cette déclaration vise à enregistrer le dossier pour garantir les séquelles futures éventuelles.

**PARTIE II – PARTIE RÉSERVÉE AU BUREAU DES ADMISSIONS SI L'ACCIDENT A NÉCESSITÉ UNE HOSPITALISATION**

Date d'entrée : \_\_/\_\_/20\_\_      Date de présence : \_\_/\_\_/20\_\_      Date de sortie : \_\_/\_\_/20\_\_

Les soins donnés l'ont-ils été uniquement au service des Urgences :

Oui    Non ; dans ce second cas, dans quel service, le blessé a-t-il été transféré : .....

Date d'entrée dans ce service : \_\_/\_\_/20\_\_      Date de présence : \_\_/\_\_/20\_\_      Date de sortie : \_\_/\_\_/20\_\_

Si le séjour s'est prolongé dans un service autre que le service des urgences, il convient de nous joindre un certificat médical précisant les soins et traitements reçus en milieu hospitalier.

Si le séjour en milieu hospitalier devait se prolonger, il convient de nous adresser régulièrement, tous les 15 jours, des bulletins de situation indiquant la date de présence au sein de l'établissement, jusqu'à ce que vous soyez en mesure de nous adresser le bulletin de situation de sortie.

**Cachet de l'établissement :**  
(par le Bureau des entrées ou des Admissions)

**PARTIE III - CETTE PARTIE EST RÉSERVÉE AU CHIRURGIEN-DENTISTE EN CAS DE SOINS DENTAIRES OU EN CAS DE RÉPARATION DE PROTHÈSE DENTAIRE**

**a)** Description des soins qui doivent être effectués ou qui seront effectués au niveau des dents, sans qu'il y ait obligation de réparer ou de remplacer une prothèse dentaire : .....

N° de la dent ou des dents concernée(s) : .....

**b)** Description, ou identification de la ou des prothèse(s) déjà en place avant l'accident et qui doivent être réparée(s) ou remplacée(s) : .....

N° de la dent ou des dents concernée(s) : .....

**c)** En cas de refus d'intervention des organismes (Sécurité Sociale, Mutuelle, Autres), nous adresser les originaux des refus émanant des organismes

Les soins dentaires ou les soins de réparation ou de remplacement de prothèse seront-ils immédiatement exécutés ou différés dans le temps :  Immédiats    Différés

S'ils sont différés, quelle en sera la date approximative : \_\_/\_\_/20\_\_

Il convient de joindre les factures détaillant les frais relatifs aux soins donnés. Ainsi que les avis de remboursements de la Sécurité Sociale (ou équivalent) et/ou Mutuelle, à défaut leur refus de prise en charge.

**Cachet et signature du chirurgien dentiste**

## PARTIE IV - CETTE PARTIE EST RÉSERVÉE A L'OPTICIEN EN CAS DE BRIS DE LUNETTES OU DE PERTE OU DÉCHIRURE DE LENTILLES

### Nature du dommage subi par l'assuré :

Bris des lunettes au niveau de la monture  et/ou verres

Perte ou déchirure de lentilles de contact

Montant total des frais engagés pour la réparation ou le remplacement : .....

S'il s'agit des lunettes : - quelle est la part dans la facture réservée aux seuls verres : .....

- quelle est la part dans la facture réservée à la seule monture : .....

Il convient de joindre les avis de remboursements de la Sécurité Sociale (ou équivalent) et/ou Mutuelle, à défaut leur refus de prise en charge (originaux).

Cachet et signature de l'opticien :

## PARTIE V - CETTE PARTIE CONCERNE LES DOMMAGES CAUSÉS À UN TIERS OU A DES BIENS APPARTENANT À UN TIERS

Nom du tiers :

.....

Nature des dommages :

.....

....

Estimation des dommages : .....

## PARTIE VI - SI L'ACCIDENT ENTRAÎNE UN ARRÊT COMPLET D'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE AVEC PERTE DE REVENU

La "GARANTIE INDEMNITÉS JOURNALIÈRES ACCIDENTELLES" est acquise :

- **uniquement si cette option a été cochée sur le bulletin d'adhésion d'assurance FFBB de l'assuré,**
- **et exclusivement, en cas d'accident garanti, dont l'assuré est victime, survenant uniquement lors de la pratique du basket tel que défini au contrat d'assurance 4.091.165 et entraînant une incapacité temporaire totale.**

Dans ce cas, l'Assureur verse à l'assuré pour chaque jour d'arrêt complet d'activité professionnelle avec ou sans hospitalisation, une indemnité journalière ne pouvant excéder 45 Euros par jour, sans franchise et sans pouvoir dépasser une période maximale de 120 jours par sinistre.

Cette indemnité journalière est versée exclusivement en cas de perte réelle de revenu de l'assuré dans les conditions définies ci-dessus lorsque :

- L'assuré exerce une activité professionnelle et est mis en arrêt de travail par décision médicale.
- L'assuré est inscrit aux ASSEDIC et reçoit à ce titre des prestations.

Dans tous les cas, l'indemnité journalière est versée pendant le nombre de jour où l'assuré est dans l'impossibilité complète de se livrer à un travail quelconque, fut-ce même de direction ou de surveillance.

La durée de l'incapacité temporaire est fixée par le médecin traitant de l'assuré, étant entendu que l'Assureur se réserve le droit de les faire contrôler par son médecin expert.

Outre les informations et/ou documents réclamés ci-dessus, vous devez également fournir en cas d'incapacité temporaire totale :

- le certificat du médecin, du chirurgien ou du centre hospitalier appelé à donner les premiers soins, décrivant les blessures et fixant la durée prévisible de l'arrêt d'activité,
- un certificat médical de prolongation, si l'assuré n'est pas en mesure de reprendre son activité professionnelle à la date fixée par le précédent certificat, **ce certificat devant parvenir à l'Assureur dans un délai de 10 jours suivant la date d'expiration du précédent certificat.**

**Toute transmission dans un délai supérieur à 15 jours entraîne la déchéance du droit aux indemnités journalières pendant la période comprise entre la date du précédent certificat et la date d'envoi du certificat de prolongation, sauf cas fortuit ou de force majeure.**

**Les documents à fournir :**

- lorsque l'assuré exerce une activité professionnelle et est mis en arrêt de travail par décision médicale :
    - une attestation de perte de salaire établie par l'employeur,
    - tous justificatifs originaux indiquant le(s) paiement(s) effectué(s) par la Sécurité Sociale ou régime similaire, régime complémentaire ou employeur,
    - le bulletin de salaire du mois de l'accident.
  
  - lorsque l'assuré est inscrit aux ASSEDIC et reçoit à ce titre des prestations :
    - le bulletin de versement des prestations ASSEDIC du mois précédant l'accident, du mois de l'accident et du mois suivant l'accident,
    - tous justificatifs originaux indiquant le(s) paiement(s) effectué(s) par la Sécurité Sociale ou régime similaire, régimes complémentaires.
- 

**J'autorise votre Médecin Conseil à obtenir tout renseignement d'ordre médical relatif à mon accident, auprès des médecins et/ou des établissements hospitaliers.**

**J'accepte la collecte et le traitement des données relatives à ma santé recueillies lors des déclarations de sinistre, pour les nécessités de gestion et d'exécution du contrat ainsi que de gestion et de suivi des sinistres, dans les conditions précisées ci-dessous.**

Toute fraude, réticence, ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré ou du bénéficiaire, ayant pour but d'induire l'Assureur en erreur sur les circonstances ou les conséquences d'un sinistre, entraîne la perte de tout droit à indemnité pour ce sinistre

Les données à caractère personnel recueillies par l'Assureur sont collectées afin de permettre la gestion des contrats et des Sinistres par les services de l'Assureur. Dans le cas où le signataire fournit des données concernant une tierce personne physique, il doit informer ladite personne de ses droits et être autorisé à les divulguer pour le compte de cette dernière. Pour cette même finalité, ces données peuvent être transférées en dehors de l'Union Européenne. Afin d'assurer la sécurité et la protection adéquate des données à caractère personnel, ces transferts ont été préalablement autorisés par la CNIL et sont encadrés par des garanties notamment par les clauses contractuelles types établies par la Commission Européenne. Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, les droits d'accès, de rectification et d'opposition pour motif légitime des personnes concernées peuvent être exercés en contactant l'Assureur à l'adresse suivante : AIG, Service Clients Assurances de Personnes, Tour CB 21 – 16, Place de l'Iris - 92040 Paris La Défense Cedex. La Politique de Protection des Données Personnelles de l'Assureur est accessible sur son site à l'adresse suivante [www.aig.com/Protection-des-donnees](http://www.aig.com/Protection-des-donnees)

Fait à ....., le : \_\_ / \_\_ / 20 \_\_

Signature de l'assuré :