

**DECLARATION D'EVENEMENT ACCIDENTEL
RENTRANT DANS LE CADRE DES GARANTIES DU CONTRAT**

A adresser complétée dans les 5 jours après l'accident ou l'événement à :

AON ENTREPRISES – MARCHÉ 1 – 45 rue Kléber - 92697 LEVALLOIS PERRET Cedex
Tél. 01.58.75.72.53 - Fax. 01.58.75.77.62

Contrat souscrit auprès de la Compagnie AXA FRANCE
sous le numéro 959.992 par la FFS

Date de l'accident :

Lieu précis :

ENCADRANT DE L'ACTIVITE

Nom : Prénom :

Adresse :

Numéro de la carte FFS :

VICTIME DE L'ACCIDENT

Nom : Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Tel.: Profession :

Situation de famille : Enfants charge :

Nature des blessures : (joindre un certificat médical)

Est-elle droitère ou gauchère ?

Est-elle atteinte d'une invalidité permanente antérieure à l'accident ? OUI NON

Est-elle affiliée au régime (*Encadrer la mention utile*) :

- de la Sécurité Sociale ?

- T.N.S. ?

- Agricole ?

- Autre ?

N° d'immatriculation :

Régime complémentaire : Numéro :

Numéro de la carte FFS : Date de Délivrance :

Nom de l'Association : Tel. :

Adresse :

Option choisie (à encadrer) **OPTION I** **OPTION II** **OPTION III**

ACTIVITE AU MOMENT DE L'ACCIDENT

Exploration	OUI	NON
Entraînement	OUI	NON
Opération de secours réelle ou entraînement		OUI NON
Autre activité (à préciser)	OUI	NON

CIRCONSTANCES PRECISES DE L'ACCIDENT

DOMMAGES CAUSES A DES TIERS

Nom du Tiers : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Nature des dommages : _____

RECHERCHE ET SAUVETAGE : OUI NON

Rapport de Gendarmerie - Police - Autre Autorité (laquelle ?)
Nom et Adresse :

TEMOINS DE L'ACCIDENT

Fait à : _____ Le _____

Signature de la victime

NB - Toute réclamation relative à des frais médicaux, prothèses ou autres découlant de blessures consécutives à l'accident devra être adressée à AON, au moyen de l'imprimé joint à l'accusé de réception, après remboursement de la Sécurité Sociale et tous Organismes en nous adressant les originaux des feuilles de remboursement.
Faites en une copie pour la FFS à adresser au 28 rue Delandine – 69002 LYON