

## B / DECLARATION DE SINISTRE ACCIDENT CORPOREL - N°4385658M

Pour plus de rapidité et simplicité, nous vous recommandons de faire votre déclaration en ligne :  
Sur le site internet de la FFRS, rubrique assurances via votre espace « licencié » sur Rolskanet.

Le présent formulaire de déclaration d'accident est à remplir par le licencié victime d'un dommage corporel et à adresser dans les 10 jours ouvrés à : [aiac courtage – decla.federation@aiac.fr](mailto:aiac.courtage@aiac.fr)

### Renseignements concernant le licencié assure

Nom, Prénom .....Tél.....

Adresse : ..... Code postal .....

Ville.....Date de naissance : ...../...../..... Sexe :  Féminin  Masculin

N° de licence Fédérale.....**Joindre une copie**

Avez-vous souscrit la garantie individuelle accident de base avec votre licence :  Oui  Non

Avez-vous souscrit l'assurance complémentaire individuelle accident Option 1 ou Option 2 ?  Oui  Non

### Renseignements concernant l'accident

Date de l'accident : ..... Heure : .....H.....

Lieu : ..... Département : .....

Le sinistre a eu lieu lors :  Entraînement  Compétition  Pratique Libre

Activité pratiquée au moment de l'accident

Patinage Artistique

Rink Hockey

Course

Roller Hockey

Skateboard (dont les spécialités descente)

Randonnée

Roller Free Style (dont les spécialités roller soccer et trottinette)

Roller Derby

Nature des Dommages que vous avez subis :  Corporels  Matériels

Précisez les causes et circonstances détaillées (réponse obligatoire) :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## Renseignements concernant les dommages corporels subis par l'assuré (à remplir obligatoirement)

Portez-vous des protections :  Oui  Non

Indiquez les protections que vous portiez :

Casque  Protège Dents  Protège Poignets  Genouillères  Coudières

### Fournir obligatoirement le certificat médical constatant les dommages corporels

Contusions, hématomes  Fractures

#### Membres supérieurs

Epaule  Coude  
 Poignet  Bras  
 Avant-bras  Main

#### Membres inférieurs

Hanche  Genou  
 Jambe  Cheville  
 Cuisse  Pied  
 Mollet

#### Face

Crâne  Colonne vertébrale  
 Dent  Abdomen  
 Visage  Thorax  
 Nez  Autres ? (à préciser): .....  
 Œil

Description des Lésions (fournir le certificat médical de constatation des blessures : .....  
.....

L'assuré a-t-il un arrêt de travail ?  Oui  Non

L'assuré est-il décédé :  Oui  Non

#### Organisme de Sécurité sociale

Nom : .....

Adresse : .....

N° d'immatriculation de l'assuré : .....

#### Organisme complémentaire (Mutuelle)

Nom : .....

Adresse : .....

N° d'affiliation ou de contrat : .....

Pour vous faire rembourser, joignez toujours :

- > le décompte du régime social,
- > le décompte du régime complémentaire, si vous en avez un,
- > un certificat médical descriptif des blessures.

*N'oubliez pas, en cas d'hospitalisation ou de clinique : la note de frais de l'établissement de soins (duplicata).*

## Renseignements concernant les dommages aux équipements (casque, roller, protection)

Rappel : cette garantie n'intervient qu'en cas de dommages corporels (joindre obligatoirement à la déclaration de sinistre, le certificat médical descriptif des blessures).

Description des dégâts : .....  
.....  
.....

Joindre :

- > les factures d'achat ou documents estimatifs établis par un réparateur justifiant la valeur et la date d'achat des équipements endommagés
- > le devis des réparations (ne pas faire réparer sans l'accord de l'assureur. A défaut, l'assureur pourra émettre des réserves quant au règlement du sinistre, voire refuser la prise en charge

Fait à ..... le .....

Signature de la victime ou de son représentant (à préciser)