



## 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)