



Déclaration d'accident

A retourner, sous 5 jours, à la Fédération ainsi qu'à l'assureur, par mail ou par voie postale.

Cadre réservé

(FFB/ assureur)

Date de réception :

OBLIGATOIRE

Joindre à la présente
déclaration :

1/ La copie de votre
licence.

2/ Coordonnées si
autre assurance :

N° du contrat :

Type (barrer les
mentions inutiles) :

- Scolaire
- RC
- Autre

Assureur :

Vidal Assurances
34 av G. Pompidou
31270 CUGNAUX
agence.vidal@axa.fr
05 62 20 95 95

N° contrat RCE :
11506185404

Je soussigné(e) :

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

Téléphone : ____/____/____/____/____

Mail : _____@_____

N° Sécurité Sociale : _____ - ____

N° de licence FFB : ____

L'accident :

Date : ____/____/202__

Lieu : _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

Type de pratique : ☐ Enseignement ☐ Loisir ☐ Compétition ☐ Autres

Circonstances :

Présence de dommages corporels : ☐ OUI ☐ NON

Présence de certificat médical initial : ☐ OUI ☐ NON

Description brève des blessures subies :

Présence de dommages matériel : ☐ OUI ☐ NON

Description : _____

Présence de tiers responsable : ☐ OUI ☐ NON

Coordonnées (nom, prénom, adresse, contrat d'assurance personnelle) :

N° de licence (la joindre obligatoirement) :

Fait le : ____/____/202__

A : _____

Cachet et signature
du responsable :

Signature de la victime :