

DÉCLARATION D'ACCIDENT

Le formulaire est à compléter et à retourner soit par courrier soit par mail au plus tard dans les 5 jours ouvrés après l'accident à :

DC AIS – Division Prévoyance – 1 Allée du Wacken – 67978 STRASBOURG Cedex - Tél : 09.69.32.01.24

@mail : prevoyance-logistique@groupe-mma.fr

<p>01 - Date & heure de l'accident :</p>	<p>02 - Lieu :</p> <p>Ville : _____ Département : _____</p>
<p>03 - Assureur : Fédération Sportive et Culturelle de France 22 rue Oberkampf, 75011 Paris Tél : 01 43 38 50 57 - Fax : 01 43 14 06 65 - ORIAS 10058752</p> <p>NOM ET ADRESSE DU RESPONSABLE DU CLUB (Directeur, Président, Secrétaire)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Association: _____</p> <p>Activité pratiquée : _____</p>	<p>04 - Blessé ⁽¹⁾ :</p> <p>Nom, Prénom : _____</p> <p>Adresse postale : _____</p> <p>Code Postal – Ville : _____</p> <p>N° de licence : _____</p> <p>Date de naissance : _____</p> <p>Profession : _____</p> <p>Cocher la case correspondante À souscrit à l'Assurance Activité Option :</p> <p><input type="checkbox"/> Refus <input type="checkbox"/> Mini <input type="checkbox"/> Midi <input type="checkbox"/> Maxi <input type="checkbox"/> Carte Ponctuelle</p>

05 - N° de police : A 120 053 905 (Pack Activité)

06 - Circonstances de l'accident :

À l'occasion de :

- Activités sportives (compétition, entraînements)
 Activités culturelles (animations, rencontres, répétition, cours)
- Trajet
 Plein air
 Camping
 Scolaires
 Autres : _____

Nature de la blessure : _____

Nom du médecin consulté ou de l'établissement hospitalier : _____

Nom et adresse des témoins : _____

À : _____ Signature du déclarant : _____

Le : _____

(1) LE BLESSÉ, BÉNÉFICIAIRE DU RÉGIME SOCIAL OBLIGATOIRE DE PAR SA PROFESSION OU CELLE DE SES PARENTS, OU PAR SA QUALITÉ D'ÉTUDIANT DOIT FAIRE IMMÉDIATEMENT UNE DÉCLARATION AUPRÈS DE SA CAISSE, NOTRE ASSURANCE N'INTERVENANT QU'EN COMPLÉMENT.

06 - À JOINDRE OBLIGATOIREMENT À LA DÉCLARATION

Certificat de constatation des blessures (précisant la durée de l'arrêt de travail si les indemnités journalières sont prévues au contrat) et note des frais engagés.

TABLEAU DE GARANTIES PACK ACTIVITÉS 2024/2025



Tableau de garanties accidents corporels (extrait de la notice de garanties - www.fscf.asso.fr/assurances)



Nature des garanties	Montant des garanties			Montant des franchises
ASSURANCE DES ACCIDENTS CORPORELS	Mini	Midi	Maxi	
DÉCÈS	13 000 € (1)	19 000 € (1)	39 000 € (1)	
Majoration du capital - si l'assuré est marié, pacsé ou en concubinage (non séparé) - par enfant à charge (dans la limite de 4 enfants)		5 000 € 5 000 €		
INVALIDITÉ PERMANENTE - capital réductible sur la base du taux d'AIPP retenu après consolidation	25 000 € (1)	37 000 € (1)	77 000 € (1)	Franchise relative de 5 %
INDEMNITÉ SUITE À COMA versement d'une indemnité égale à	2 % du capital décès par semaine de coma dans la limite de 50 semaines sans pouvoir toutefois dépasser le montant dudit capital décès			14 jours
INCAPACITÉ TEMPORAIRE	Néant	12 €	23 €	4 jours
REMBOURSEMENT DE SOINS (sous déduction des prestations éventuelles d'un régime de prévoyance dans la limite des frais réels) Avec une sous-limite de : - frais hospitaliers - chambre particulière - prothèse dentaire, par dent (forfait) - bris de lunettes ou lentilles (forfait) - prothèse auditive, par appareil (forfait) - frais d'appareillage (fauteuil, béquille, etc) frais de transport primaires (non pris en charge par la SS)	200 % du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale Selon montant légal 30 €/jour, maxi 30 jours			NÉANT
	250 € (2) 250 € (2)	350 € (2) 350 € (2)	500 € (2) 500 € (2)	NÉANT NÉANT
	160 € (2) 160 € (2)			NÉANT
	300 € porté à 3 000 € pour les transports par hélicoptère			NÉANT
FRAIS DE RECHERCHES ET DE SECOURS	2 500 €			
FRAIS DE REMISE À NIVEAU SCOLAIRE	1 600 €			15 jours d'arrêt
FRAIS DE REDOUBLEMENT DE L'ANNÉE D'ÉTUDES	1 600 €			2 mois d'arrêt
FRAIS DE RECONVERSION PROFESSIONNELLE (en cas de taux d'infirmité permanente supérieur à 35)	1 600 €			35 % d'IPP

(1) GARANTIE MAXIMUM 1 525 000 € EN CAS DE SINISTRE COLLECTIF

(2) CE MONTANT S'ENTEND PAR "SINISTRE ET PAR ANNÉE D'ASSURANCE" PAR ASSURÉ