

Formulaire de déclaration de sinistre dans le cadre de votre licence FFVOILE au titre des contrats Responsabilité Civile et Accidents Corporels

N° de déclaration : M-FFV080468

Vos coordonnées :

Nom : GOBLET Prenom : JEAN-LOUIS
Adresse : 24 Bv Voltaire



Code Postal : 92130 Tél. Professionnel :
Ville : ISSY LES MOULINEUX Tél. Domicile : 0146453213
Pays : Tél. Mobile : 0625739485
Date de Naissance : 25/12/1953 E-mail : jean-louis.goblet@orange.fr
Sexe : M



Informations sur votre Licence FFVOILE :

Etes vous licencié de la Fédération Française de Voile ? oui
N° de Licence FFVoile : 0786996N
Type de Licence : Licence Adulte club FFVoile
Nom du club : US Gazélec IdF
Adresse : 23 rue Pétrelle

Auxiliaire à un titre quelconque y compris collaborateur bénévole non licencié ?
Une des composantes de la FFVoile:
Ligue
Comité départemental
Centre de haut niveau
Associations affiliées à la Fédération dont associations de classes & associations nationales
Etablissements agréés.

Code Postal : 75009 Ville : PARIS
Tel : 0148781465

Informations générales sur l'accident :

Date de l'accident : 09/11/2008 14H55 Lieu de l'accident : La Trinité sur Mer
département de l'accident : 56
Pays : FRANCE
Circonstances de l'accident : Le voilier "Notos" sur lequel je navigue, aborde l'arrière du voilier "Hurluberlu" au premier passage de la bouée au vent (Bouée 1) de la manche 6 de la régate "National Grand Surprise"

Nom du 1er Témoin:
Adresse :
Code postal : Ville :
Tél :

Nom du 2nd Témoin:
Adresse :
Code postal : Ville :
Tél :

A-t-il été établi un procès verbal ou tout autre rapport par les autorités locales, précisant les circonstances de l'accident ?
Si oui indiquez les coordonnées de l'autorité :
N° procès Verbal :
Avez-vous souscrit l'option rachat de Franchise ?
Si oui précisez N° de contrat :

Les coordonnées du Tiers :

Nom : CROYERE	Prenom : ANTOINE	Date de Naissance : 00/00/0000
Adresse : 7 Rue Emile Racaud		Sexe : M
		E-mail : croyere@wanadoo.fr
Code Postal : 17000	Tél. Professionnel :	Type d'embarcation : Voilier
Ville : LA ROCHELLE	Tél. Domicile :	Grand Surprise
Pays :	Tél. Mobile :	Numéro licence :

L'évènement s'est produit sur l'Eau :

Bénéficiez vous d'une assurance pour votre bateau ? oui

Nom de la compagnie d'assurance : AXA Plaisance
 Adresse de la compagnie d'assurance : 313 Terrasses de l'Arche Le Wilson II 92727 NANTERRE CEDEX
 N° de police : 050386709

Nom de l'agent d'assurance : Courtage Assurance Plaisance
 Adresse de l'agent d'assurance : 85, rue La Fayette 75009 PARIS

l'évènement s'est produit : Sur Mer

Pratiquez vous la navigation à voile ? oui

L'évènement s'est produit : Lors des compétitions

Précisez le nom de la régates ou manifestation : NATIONAL GRAND SURPRISE
 Joindre la délibération du Comité de Course

Type d'embarcation : Habitable

Vous utilisez un bateau à moteur ? oui non

Indiquez la puissance du moteur en ____ cv

Pour la surveillance et l'organisation des activités voile

Autres précisez :

Précisez le nom de la régates ou manifestation :

.....

Dans le cadre de cette utilisation vous êtes :

Un arbitre de la FFVoile inscrit sur liste officielle

Licencié FFVoile

L'évènement s'est produit sur Terre :

- Dans des locaux utilisés par la FFVoile et ou ses composants (ligues comités départementaux, association FFVoile ETC...)
- Vous participez à un congrès, salon, dans le cadre des activités statutaires de la FFVoile.
- Dans un atelier de réparation, de voilerie, de clubs nautiques
- Dans un garage ou parcs à bateaux, mouillage pendant le désarmement en chambre à vase, dans les hangars ou sur les terrains de l'assuré ou aux postes de mouillage sur corps morts ou parkings.
- Lors d'activités extra sportives exercées à titre récréatif, fêtes, soirées dansantes, repas, sorties.
- Vous utilisez lors de cet évènement une grue, un engin de levage (précisez type + force de levage de l'engin) :
- Le sinistre s'est produit lors d'une activité liées à la restauration, bar réservé exclusivement aux membres licenciés et leurs unités
- Autres précisez :

Vous pratiquez une activité sportive annexe ? oui non

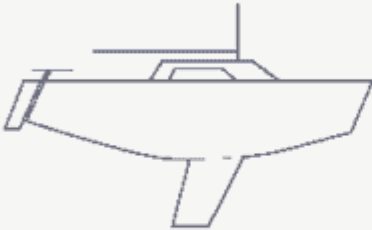
- Préparation physique préalable et complémentaire à la pratique de la voile
- Activités sportives de substitution ou stages sportifs

Votre bateau a subi des dommages du fait d'un tiers :

Type d'embarcation : Marque :

Indiquez les points de dommages par une flèche

- Tribord
- Bâbord
- Mât
- Bôme
- Voiles
- Gouvernail
- Bloc moteur
- Quille
- Hélice
- Autres précisez :



Croquis détaillé de l'évènement

Circonstances exactes de l'accident :

- Disposait des signaux réglementaires
- A rompu son amarre
- Etait désespéré
- Prenait le mouillage
- Etait rattrapant
- Etait rattrapé
- Se croisaient
- Virait de bord

Bateau à moteur

- Venait sur tribord
- Venait sur bâbord

Voilier

- Etait tribord amure
- Etait bâbord amure

Dégâts apparents et observations :

.....

.....

A-t-il été établi un rapport de mer ? oui non

A-t-il été établi une enquête de la part des affaires maritimes ? oui non

Bénéficiez-vous d'une assurance pour votre bateau ? oui non

Vous avez subi des dommages corporels :

Etes-vous bénéficiaire de garanties complémentaires ? oui non (si oui précisez le type ci-dessous et N° de contrat)

- PASS'VOILE (assurance collective souscrite par mon club)
- PREVI VOILE
- PREVI VOILE +
- COVALIA VOILE

N° de contrat :

Indiquez votre profession :

Avez-vous été hospitalisé ? oui non

Régime de prévoyance obligatoire :

- Assuré social
- Travailleur Indépendant ou commerçant
- Autre :
- Non assuré social (préciser la raison)

Régime de prévoyance complémentaire santé et ou mutuelle: oui non

Nom de l'organisme :

Adresse :

N° d'immatriculation

N° de Contrat :

Joindre obligatoirement un certificat médical établi par le médecin consulté le jour de l'accident.
Ce document, à adresser sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la **MUTUELLE DES SPORTIFS**, devra comporter les mentions suivantes (*) :

- date de l'accident,
- date de l'examen médical,
- nature et siège des blessures,
- durée de l'incapacité sportive minimum,
- durée de l'arrêt de travail, s'il y a lieu.

En cas de bris de lunettes ou de perte de lentilles, il conviendra de joindre la confirmation médicale du port obligatoire des lunettes ou lentilles pendant les activités sportives.

Si nécessaire indiquez nom et adresse des représentants légaux autorisés à recevoir l'accusé de réception :

Nom(en majuscule) :	Prénom :
Adresse :	
Code postal :	Ville :
Tél :	

Date : 11/11/2008
Signature Obligatoire :

Adressez votre déclaration :

Assurances MADER

Sinistre FFV
Immeuble le challenge
Bd de la République BP 3004
17030 LA ROCHELLE Cedex - France



<http://www.ffvoile.org>
Votre identifiant : JEAGOBLET5
Votre mot de passe : nqfHrS

JEAN-LOUIS GOBLET
24 Bv Voltaire
92130 ISSY LES MOULINEUX

Objet : Déclaration de sinistre Evenement du 09/11/2008

Madame, Monsieur,

Suite à votre déclaration par internet, nous vous informons avoir enregistré un dossier sous la référence N° : M-FFV080468

Nous instruisons ce dossier sous toutes réserves de garanties au titre du contrat groupe de la Fédération Française de Voile souscrit auprès de la Mutuelle des Sportifs et auprès de MMA Assurances MADER.

Pour la constitution de notre dossier, nous vous invitons à nous retourner dans les meilleurs délais :

La déclaration ci-jointe dûment signée
Copie de votre licence
Délibération du Comité de Course

Vous remerciant de l'attention que vous portez à ce courrier et la constitution de ce dossier.

Nous restons à votre disposition pour tous renseignements complémentaires.

Sentiments distingués

Service Sinistre

Adresser l'ensemble des documents à :

Assurances MADER

Sinistre FFVoile
Immeuble le challenge
Bd de la République BP 3004
17030 LA ROCHELLE Cedex - France