

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CYCLISME (FFC)

DÉCLARATION À EFFECTUER DANS LES 5 JOURS SUIVANT L'ACCIDENT

(*Champs obligatoires)

ACCIDENT

Date de survenance de l'accident* : ____ / ____ / ____ Heure de survenance de l'accident : _____

QUI DÉCLARE ?

Statut du déclarant :

- Licencié victime de l'accident
 Président du club organisant l'activité durant laquelle s'est produit l'accident
 Autre à préciser : _____

VICTIME

Qualité* :

- Bénévole Cycliste Officiel
Si Officiel à préciser : Commissaire / Arbitre Educateur Entraîneur
 Juge / Signaleur Signaleur
 Autre (à préciser) : _____

Civilité* :

- Mlle Mme M.

Nom* : _____ Prénom* : _____

Date de naissance* : _____

Adresse* : _____

Complément d'adresse* : _____

Code Postal* : _____ Ville* : _____

Adresse email (à laquelle vous recevrez l'accusé de réception de ce sinistre)* : _____

N° de téléphone : _____ N° Sécurité Sociale* : _____

Nom et N° de votre contrat Mutuelle : _____

Nature et siège des blessures* : _____

Licence : (Type de titre fédéral)* :

- Licence Licence accueil Licence carte à la journée
 Licence Service Carte Vélo Jeune
 Pass Cyclisme Pass'Sport Nature Sportif Haut niveau

N° du titre fédéral* : _____

Nom et N° du club : _____

Nom du Comité Régional : _____

NATURE DE L'ACCIDENT

Statut du déclarant :

- Déplacement Entraînement collectif Entraînement individuel
 Manifestation sportive organisée par la FFC ou un club
 Stage Transfert / Trajet Usage privé ou de loisir non-sportif
 Autre (À préciser) : _____

NATURE DE L'ACTIVITÉ

- Route Cyclo-cross VTT Piste BMX Salle
 Autre (À préciser) : _____

GARANTIE

Avez-vous souscrit une option complémentaire à celles prévues automatiquement dans votre licence ?

- NON, je n'ai pas souscrit d'option complémentaire
 OUI, j'ai souscrit une option complémentaire : Option 1 Option 2 Option 3
 Suite à une blessure, je veux appliquer la garantie **Frais Médicaux**
 Suite à une blessure au niveau des dents, je veux appliquer la garantie **Bris Dentaire**
 Suite à la casse de mes lunettes, je veux appliquer la garantie **Bris Optique**
 Suite au décès du licencié, je veux appliquer la garantie **Décès**
 Suite au coma du licencié, je veux appliquer la garantie **Coma**

En option exclusivement :

- Suite à l'arrêt de l'activité professionnelle, je veux appliquer la garantie **Indemnités Journalières**
 Suite à la détérioration de mon vélo/accessoires, je veux appliquer la garantie **Assurance Vélo**

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

Lieu* : France N° Département : _____ Etranger, si oui préciser le nom du pays

Configuration des lieux* : Interserction Ligne Droite Rond-Point
 Parking Virage à droite Virage à gauche

Environnement* : Forêt Voie expresse Voie privée Voie rurale Voie urbaine
 Autre à préciser : _____

Relief* : Descente Montagne Montée Plat

Circonstances détaillées* :

Chute : si oui à préciser
 Chute à deux Chute collective Chute Seul Défaillance technique

Collision : si oui à préciser
 Collision avec un véhicule à moteur
 Collision avec le véhicule de devant Collision avec le véhicule de derrière
 Collision avec le véhicule venant de côté En croisant En dépassant
 Perte de contrôle Avec un élément fixe
 Autre à préciser : _____

Tiers : si oui à préciser : Animal Cycliste Piéton Point Fixe Spectateur Tiers FFC Véhicule

Autre à préciser : _____

Configuration atmosphérique* :

- Conditions humides Conditions sèches Travaux Vent Verglas
 Autre à préciser : _____

PROCÈS VERBAL

Un procès verbal a-t-il été établi à la suite de votre accident : oui non

Par qui : _____

Coordonnées de la Brigade : _____

Sous quel numéro : _____

(Joindre une autorisation écrite pour que l'assureur puisse obtenir une copie du PV établi)

TÉMOIN

Témoins éventuels (nom et coordonnées postales) : _____

BRIS VÉLO ET/OU ACCESSOIRES

(réservé au licencié ayant souscrit une option « assurance vélo »)

Circonstances et détail du bris : _____

Je soussigné(e), M. ou Mme _____ reconnais la véracité des faits rapportés.

Fait, le ____ / ____ / ____

Signature et / ou cachet du club :

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle peut entraîner une déchéance de garantie.

DÉCLARATION DE SINISTRE À ADRESSER DANS LES 5 JOURS ACCOMPAGNÉE D'UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONSTATATION DE VOTRE BLESSURE

(adressé sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de Gras Savoye) :

GRAS SAVOYE WILLIS TOWERS WATSON - Département Sports
Immeuble Quai 33 - 33, quai de Dion Bouton - CS 70001 - 92814 PUTEAUX CEDEX

 09 72 72 01 38 ou  ffc@grassavoye.com

Plus d'infos sur les assurances de la Licence FFC : www.ffc.fr ou ffc.grassavoye.com