

## 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](http://www.ffc.fr) ou [ffc.grassavoye.com](http://ffc.grassavoye.com)