



DECLARATION DE SINISTRE INDIVIDUELLE ACCIDENT

**CETTE DECLARATION DOIT OBLIGATOIREMENT ETRE COMPLETEE, SIGNEE ET TRANSMISE
A CAPDET RAYNAL AU MAXIMUM 5 JOURS APRES LA SURVENANCE DE L'ACCIDENT**

NOM - PRENOM DE LA VICTIME

ADRESSE

CODE POSTAL VILLE.....

TELEPHONE.....NUMERO DE SECURITE SOCIALE.....

NUMERO ET CATEGORIE DE LICENCE F.F.C.....

NOM ET NUMERO DE VOTRE CLUB

NOM ET NUMERO DU COMITE REGIONAL

AVEZ-VOUS SOUSCRIT UNE MUTUELLE COMPLEMENTAIRE ? OUI NON

DANS L’AFFIRMATIVE, NOM ET ADRESSE DE L’ORGANISME AUPRES DUQUEL VOUS ETES ASSURE

AVEZ-VOUS SOUSCRIT UNE GARANTIE INDIVIDUELLE ACCIDENT COMPLEMENTAIRE AUPRES DE L’ASSUREUR FEDERAL ?

DANS L’AFFIRMATIVE, LAQUELLE ? MAILLOT BLANC MAILLOT VERT MAILLOT JAUNE MAILLOT ARC-EN-CIEL

Si vous n’êtes pas licencié, êtes-vous :

TITULAIRE D’UNE CARTE A LA JOURNEE ? D’UNE LICENCE D’ACCUEIL ? PARTICIPANT OCCASIONNEL ? BENEVOLE ?

Date et heure de l’accident :

COORDONNEES PRECISES DU LIEU DE L’ACCIDENT :

S’AGIT-IL D’UN ENVIRONNEMENT : RURAL URBAIN

L’ACTIVITE ETAIT-ELLE ORGANISEE PAR LE CLUB ? OUI NON - DANS L’AFFIRMATIVE, NOM DU CLUB :

LA VICTIME PORTAIT-ELLE SON CASQUE? OUI NON

Circonstances de l’accident (décrire les circonstances précises de l’accident en page suivante) :

L’ACCIDENT EST-IL SURVENU EN COMPETITION ? OUI NON

DANS L’AFFIRMATIVE, DE QUELLE COMPETITION S’AGISSAIT-IL ?

ROUTE CYCLO-CROSS VTT PISTE BMX SALLE AUTRE A PRECISER :

DANS LA NEGATIVE, S’AGISSAIT-IL :

D’UN ENTRAINEMENT COLLECTIF INDIVIDUEL D’UN STAGE D’UN TRANSFERT/TRAJET D’UN DEPLACEMENT

D’UNE MANIFESTATION SPORTIVE ORGANISEE PAR LA FFC OU UN CLUB DE L’USAGE PRIVE OU DE LOISIR NON SPORTIF D’UNE BICYCLETTE

LUMINOSITE : JOUR NUIT AUBE/ CREPUSCULE ECLAIRE

CONFIGURATION DES LIEUX : LIGNE DROITE VIRAGE A DROITE VIRAGE A GAUCHE

INTERSECTION ROND-POINT PARKING

Situation de la victime :

AU MOMENT DE L’ACCIDENT, LA VICTIME ETAIT-ELLE :

PIETON VELO CONDUCTEUR PASSAGER MOTO PASSAGER VOITURE AUTRE VEHICULE A MOTEUR

Tiers : SANS TIERS TIERS FFC SPECTATEUR AUTRE

Type de Tiers : VEHICULE ANIMAL CYCLISTE POINT FIXE PIETON TRACTEUR

NOM DE L’AUTORITE AYANT DRESSE LE PROCES VERBAL :

NOMS ET ADRESSES DES TIERS ET/OU TEMOINS DE L’ACCIDENT :

LE SIGNATAIRE DE LA PRESENTE DECLARATION CERTIFIE L’EXACTITUDE DES INFORMATIONS DECLAREES CI-DESSUS.

TOUTE RETICENCE OU FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE PEUT ENTRAINER UNE NON GARANTIE AU TITRE DU SINISTRE DECLARE.

FAIT A : LE : NOM ET SIGNATURE DE LA VICTIME :

CAPDET RAYNAL – SERVICE LICENCIES FFC

7 rue Drouot – BP 60245 - 75424 PARIS CEDEX 09 - Tél : 01 44 83 87 74 – fax : 01 42 46 34 69 – mail : capdet-ffc@gfc-assurance.com

Le département du sport, des loisirs et de l’événementiel d’INTER COURTAGE ASSURANCES

SAS de courtage d’assurances au capital de 5 999 780 euros – RCS PARIS 572 008 068 – Code APE 6622Z - ORIAS n° 07 000 795

**NOUS VOUS RAPPELONS QUE CETTE DECLARATION DOIT ETRE TRANSMISE A
CAPDET-RAYNAL DANS LES CINQ JOURS QUI SUIVENT L'ACCIDENT**

Circonstances de l'accident (suite) :

.....

N'oubliez pas de joindre à la présente déclaration :

☞ DANS TOUS LES CAS	LA COPIE DE LA LICENCE FFC
☞ EN CAS DE BLESSURE EN CAS DE BLESSURE GRAVE EN CAS D'HOSPITALISATION	L'ATTESTATION MEDICALE CI-APRES OU CERTIFICAT MEDICAL ETABLI PAR VOTRE MEDECIN (A JOINDRE A VOTRE DECLARATION SOUS ENVELOPPE CACHETEE) UN CERTIFICAT DE PROLONGATION PRECISANT LES RAISONS ET LA DUREE DE LADITE PROLONGATION UN CERTIFICAT PRECISANT LA DATE D'ENTREE ET DE SORTIE DE L'HOPITAL
☞ EN CAS D'INVALIDITE	TOUTS DOCUMENTS MEDICAUX EN VOTRE POSSESSION (A NOUS ADRESSER SOUS ENVELOPPE CACHETEE); UNE EXPERTISE MEDICALE SERA DILIGENTEE
☞ EN CAS DE DECES	. LE CERTIFICAT DE DECES ET LE CAS ECHEANT LE PROCES VERBAL ETABLI PAR LES AUTORITES ADMINISTRATIVES ; . LES NOM ET ADRESSE DU BENEFICIAIRE DESIGNE AU CONTRAT OU A DEFAUT LES HERITIERS ; . LES REFERENCES (NOM ET ADRESSE) DU NOTAIRE EN CHARGE DE LA SUCCESSION.
☞ POUR LE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SANTE	. LES JUSTIFICATIFS DES FRAIS ENGAGES (FACTURES TELLES QU'OPTIQUE, DENTAIRE... ; . LES ORIGINAUX DES DECOMPTES DE LA SECURITE SOCIALE, AVIS DE REMBOURSEMENT ORIGINAUX DE VOTRE MUTUELLE
☞ EN CAS D'ARRET DE TRAVAIL (SI OPTIONS COMPLEMENTAIRES SOUSCRITES SAUF MAILLOT BLANC)	. LE CERTIFICAT D'ARRET DE TRAVAIL ; . UN JUSTIFICATIF DE PERTE DE REVENUS OU DE MANQUE A GAGNER ; . UN CERTIFICAT DE REPRISE DE TRAVAIL INDIQUANT SI LA REPRISE EST TOTALE OU PARTIELLE .

✂

Attestation médicale initiale

(À joindre à votre déclaration, sous enveloppe cachetée)

Je soussigné(e) Docteur....., certifie avoir examiné ce jour :

Monsieur-Madame-Mademoiselle

A la suite de l'accident du

Et je constate (description des blessures) :

.....

A prévoir : hospitalisation dejours / Arrêt de travail dejours

Probable invalidité : Oui Non Taux : ----- %

Fait à :

Signature :

Le :