

**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 **DATE DE NAISSANCE**

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 ?

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

DATE ET HEURE :

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

De quelle discipline s'agissait-il ?

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

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

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@qfc-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 €uros – RCS PARIS 572 008 068 – Code APE 6622Z - ORIAS n° 07 000 795

A JOINDRE A VOTRE DECLARATION, SOUS ENVELOPPE CACHETEE

ATTESTATION MEDICALE INITIALE

JE SOUSSIGNE(E) DOCTEUR..... , CERTIFIE AVOIR EXAMINE CE JOUR :

MONSIEUR-MADAME-MADEMOISELLE

A LA SUITE DE L'ACCIDENT DU

ET JE CONSTATE (DESCRIPTION DES BLESSURES) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

A PREVOIR : HOSPITALISATION DE JOURS / ARRET DE TRAVAIL DE JOURS

PROBABLE INVALIDITE : OUI NON

TAUX : ----- %

FAIT A :

SIGNATURE :

LE :