

# DÉCLARATION DE SINISTRE INDIVIDUELLE ACCIDENT

FÉDÉRATION  
FRANÇAISE  
DE CYCLISME



## QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE ?

Pour le meilleur traitement de votre demande, veuillez téléphoner, avant tout autre démarche, au 0 810 901 965 (n° Azur)

**TRANSMETTRE À :** Service Médical Sinistres « Assurances de personnes » : 46, rue Jules Méline – 53098 Laval Cedex 09

## LA VICTIME DE L'ACCIDENT

### Coordonnées de la victime

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : .....

Titulaire d'une licence : N° de licence : ..... Catégorie : .....

Nom et N° de votre club : .....

Nom du Comité régional : .....

Titulaire d'une licence accueil  Titulaire d'une carte à la journée

Participant occasionnel  Bénévole non licencié  Autre assuré FFC : .....

Avez-vous souscrit à une complémentaire santé ?  Oui  Non

Dans l'affirmative, nom et adresse de l'organisme auprès duquel vous êtes assuré : .....

### → CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

Date : ..... Heure : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Circonstances précises : .....

Eventuellement nom et adresse des tiers ou témoins : .....

Services de Gendarmerie ou de Police ayant procédé à l'établissement du procès-verbal : .....

N° de PV : ..... L'accident est-il survenu en compétition :  Oui  Non

Si oui, préciser le nom, la nature et l'organisateur de l'épreuve : .....

Si non, s'agissait il :

D'un entraînement collectif  Individuel  D'un stage  D'un transfert/trajet  D'un déplacement

D'une manifestation sportive organisée par la FFC ou un club  De l'usage privé ou de loisir non sportif

L'activité était-elle organisée par le club ?  Oui  Non

Dans l'affirmative nom du club : .....

La victime portait-elle son casque ?  Oui  Non

**Le signataire de la présente déclaration certifie l'exactitude des informations déclarées ci-dessus. Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle peut entraîner une non garantie au titre du sinistre déclaré.**

Fait à : ..... le : .....

Nom et signature de la victime (son représentant, ou son ayant droit)

# DÉCLARATION DE SINISTRE INDIVIDUELLE ACCIDENT

Conditions et circonstances de l'accident



Pour permettre un traitement efficace de votre dossier, merci de cocher les conditions et circonstances de votre accident.

- Nature du sinistre :**  Chute  Collision  Collision avec un véhicule à moteur  
 Autre (à préciser) : .....
- Nature de l'activité :**  Route  Cyclo-cross  VTT  Piste  BMX  Salle  
 Autre (à préciser) : .....
- Nature de la chute :**  Seul  À deux  Collective  Bris de matériel
- Type de collision :**  Avec le véhicule de devant  Avec le véhicule de derrière  Véhicule venant de côté  En croisant  
 Avec un obstacle fixe  Dépassant ou étant dépassé  Perte de contrôle
- Situation de la victime :**  Piéton  Vélo  Conducteur  Passager moto/voiture  Autre véhicule moteur
- État de la route/météo :**  Sec  Pluie  Neige/verglas  Brouillard  Vent  Travaux
- Luminosité :**  Jour  Nuit  Aube/crépuscule  Éclairé
- Configuration des lieux :**  Ligne droite  Virage à droite  Virage à gauche  Intersection  Rond-point  Parking
- Environnement :**  Rural  Urbain
- Relief :**  Montée  Plat  Descente  Montagne
- Type de voie :**  Urbaine  Express/Autoroute  Voie privée  Chemin rural  Forêt/Sous bois  
 Autre (à préciser) : .....
- Tiers :**  Sans tiers  Tiers FFC  Spectateur  Autre
- Type de tiers :**  Véhicule  Animal  Cycliste  Point fixe  Piéton  Tracteur
- Gravité des dommages :**  Matériel FFC  Matériel tiers  Matériel FFC et tiers  Corporel FFC  Corporel tiers  
 Corporel FFC et tiers
- Type de blessure :**  Contusion  Décès  Entorse  Fracture  Luxation  Plaie  Non précisé  
 Autre : brûlure, claquage
- Siège des blessures :**  Dents  Main et doigts  Membres inférieurs  Membres supérieurs  Localisations multiples  
 Tête  Région cervicale  Région lombaire  Non précisé  Autre : dos, thorax, abdomen

# DÉCLARATION DE SINISTRE INDIVIDUELLE ACCIDENT

Attestation médicale initiale

FÉDÉRATION  
FRANÇAISE  
de CYCLISME



## TRANSMETTRE À :

Service Médical Sinistres « Assurances de personnes » : 46, rue Jules Méline – 53098 Laval Cedex 09

L'attestation médicale doit être jointe à la déclaration de sinistre, sous enveloppe indiquant la mention « lettre confidentielle »

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

Monsieur – Madame .....

À la suite de l'accident du .....

Descriptif des blessures : .....

.....

.....

.....

.....

L'accident nécessite-t-il une hospitalisation ?  Oui  Non

Établissement / service : .....

.....

Durée de l'hospitalisation ..... jours

Nature des traitements / Soins en cours : .....

.....

.....

L'accident a-t-il entraîné un arrêt de travail ?  Oui  Non

Durée prévisible ..... jours

Les lésions imputables à l'accident sont-elles susceptibles d'entraîner une invalidité permanente après consolidation ?  Oui  Non

Fait à : ..... le : .....

Signature et cachet du médecin

# DÉCLARATION DE SINISTRE INDIVIDUELLE ACCIDENT

Pièces à joindre



**La transmission d'un dossier complet permettra un traitement rapide. Veuillez joindre à la déclaration de sinistre, les pièces ci-après :**

**Dans tous les cas :**

- la copie de la licence FFC
- le RIB/IBAN de l'assuré, ou du/des bénéficiaire(s) en cas de décès

**En cas de blessure :**

- l'attestation médicale ci-jointe, ou un certificat médical initial descriptif des blessures établi dans les 5 jours suivant la date de l'accident,
- le procès-verbal de gendarmerie (ou les références, date, et autorité qui l'a établi)

**En cas d'hospitalisation :**

- un bulletin de situation ou tout autre document de l'hôpital précisant les dates d'entrée et de sortie
- la lettre de sortie de l'hôpital (rapport médical transmis à votre médecin traitant à l'issue de votre hospitalisation)

**En cas d'invalidité :**

- le certificat médical de consolidation des blessures
- tous documents médicaux en votre possession

**En cas d'arrêt de travail supérieur à 15 jours (et si garantie sprinteur ou grimpeur souscrite) :**

- le certificat médical initial et les certificats médicaux de prolongation
- le dernier avis d'imposition au jour de l'accident
- les justificatifs de revenu de remplacement mensuel perçu pendant la période d'incapacité (indemnités journalières de la Sécurité sociale, de l'employeur ou toute prestation d'organisme complémentaire)

**En cas de décès :**

- l'acte de décès
- le procès-verbal de gendarmerie (ou les références, date, et autorité qui l'a établi)
- un certificat d'hérédité établi par le notaire chargé de la succession

**Pour le remboursement des frais de santé :**

- les justificatifs des frais engagés (factures frais d'optique, dentaires...)
- la copie des bordereaux de remboursement des organismes sociaux (Sécurité sociale, ou Complémentaire santé...)

**L'assureur se réserve le droit de demander tout renseignement complémentaire ou de pratiquer une expertise médicale avant règlement du sinistre ayant fait l'objet de la présente déclaration.**

**IMPORTANT : L'ensemble des documents nécessaires à l'instruction du dossier est à adresser au Service médical sinistres « Assurances de personnes » 46, rue Jules Méline – 53098 Laval Cedex 09, en indiquant sur l'enveloppe « Lettre confidentielle »**

Informatique et libertés (loi n° 78-17 du 06.01.78 modifiée par la loi n° 2004-801 du 06.08.04)

Les informations personnelles recueillies au travers de ce formulaire et des demandes de renseignements ou de pièces complémentaires font l'objet d'un traitement principalement pour les finalités suivantes : gestion des prestations, prévention de la fraude, respect des obligations légales et établissement de statistiques. A ces mêmes fins, les informations recueillies pourront être transmises à nos sous-traitants, partenaires et réassureurs, dans le respect de la confidentialité médicale. Un défaut de réponse de votre part ne nous permettrait pas de poursuivre l'instruction de votre demande. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de mise à jour de vos données personnelles. Vous pouvez exercer ces droits en nous adressant un courrier à l'adresse suivante : Service Médical Sinistres – Assurances de personnes – 46, rue Jules Méline – 53098 Laval Cedex 09. Les informations recueillies au travers de ce formulaire ne sont aucunement utilisées à des fins de prospection.