



DECLARATION DE SINISTRE

A adresser dans les cinq jours ouvrés à la FFCV –à l'attention du médecin fédéral – 17 rue Henri Bocquillon 75015 PARIS

ASSURANCE DE BASE : CONTRAT N° 113513000

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CLUB :

NOM DU CLUB :N°AFFILIATION :.....
ADRESSE/CP/VILLE :.....
REPRESENTANT :.....

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE LICENCIÉ ASSURÉ

Nom, Prénom :..... Tél
Adresse :.....
Code postal :..... Ville :.....
Date de naissance :..... Sexe :.....

N° de licence fédérale : **joindre obligatoirement une photocopie de cette licence ou du livret du pilote**

Les garanties facultatives accordées par le contrat n°**113513000** ont-elles été souscrites ?
Si oui, préciser le n° de l'option :.....

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE SINISTRE

Date :..... Heure :.....
Lieu :..... Département :.....
Loisir :.....enseignementcompétitionautre.....

PRÉCISER LA NATURE DES DOMMAGES QUE VOUS AVEZ SUBIS :

Corporels : oui non

Matériels : oui non

PRÉCISER LES CAUSES ET CIRCONSTANCES DÉTAILLÉES : votre réponse est obligatoire et doit notamment préciser le lieu, les conditions météo (vent), le type de pratique, le type de support utilisé, le port ou non du casque. Un croquis de l'accident peut être joint, si nécessaire.

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

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA RESPONSABILITE CIVILE

Dans tous les cas vous devez (art. L 121-4 du code des assurances) nous indiquer l'existence de vos contrats RESPONSABILITE CIVILE, MULTIRISQUE HABITATION et ASSURANCE SCOLAIRE et, le cas échéant, déclarer ce sinistre, au titre des assurances cumulatives à vos assureurs RC :

Nom de la compagnie :..... N° de contrat :.....
Adresse :.....

Confirmez-vous que vous chargez les MMA de votre recours ? : oui non

Témoins éventuels (indiquez les noms et adresses)

-M.....
-M.....

Un **tiers** est-il **en cause** (personne autre que l'assuré ?

Nom :.....
Prénom :.....
Adresse :.....
Nature des dommages subis par le tiers :.....

Coordonnées de son assureur :

Nom
Adresse :.....
N° de contrat :.....

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES DOMMAGES CORPORELS SUBIS PAR L'ASSURE

Description des lésions :

Fournir obligatoirement le certificat médical les constatant sous pli confidentiel à la FFCV à l'attention du médecin fédéral (ce certificat devra préciser s'il y a lieu la période d'incapacité temporaire totale prévisible, l'éventuel arrêt de travail et la durée approximative de l'arrêt d'activité sportive)

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



Organisme de prévoyance (sécurité sociale, Mutualité agricole.....)

N°d'immatriculation :

Adresse :

Organisme complémentaire (mutuelle, contrat spécifique) n° d'affiliation ou de contrat :

Fait à le

Identité et signature du responsable du club *

N° de licence *

signature de la victime *

ou de son représentant (à préciser)

* obligatoire

Toute déclaration incomplète ou hors délais (sans justification) sera retournée.

Conserver un double de cette déclaration

Récapitulatif des pièces à joindre :

Dans tous les cas :

- photocopie de la licence ou du livret
- certificat médical décrivant les blessures, la prévision d'incapacité professionnelle et sportive et précisant, le cas échéant, la nécessité d'une hospitalisation, et/ou constatation des dégâts matériels
- devis précisant le montant des réparations à effectuer
- photocopie de l'arrêt de travail éventuel.

Le cas échéant :

Justifications des frais médicaux , pharmaceutiques , d'hospitalisation , et de transport **restant à la charge du blessé** après remboursement de la Sécurité Sociale et de la Mutuelle ou tout autre régime de prévoyance (originaux des bordereaux de remboursement à joindre) et/ou facture acquittée mentionnant le montant des frais de réparation des dégâts matériels .

En cas de décès :

Certificat médical indiquant la cause du décès, fiche d'état civil concernant le décédé.