

CONTRAT GENERALI AL N° 633 757

**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 :



*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 :