

DECLARATION DE SINISTRE

(à adresser dans les 5 jours ouvrés aux MUTUELLES DU MANS ASSURANCES,
"Antenne Corporelle" FFCT - 19-21, allées de l'Europe - 92616 CLICHY Cedex - Tél. 01 57 64 24 00
en y annexant la photocopie de la licence fédérale de la victime)

ASSURANCE DE BASE : CONTRAT N° 101.206.000

LE CLUB ASSURE

- NOM : N° FEDERAL :
- ADRESSE :
- REPRESENTANT :

LE LICENCIE ASSURE

Nom, Prénom : Tél. | | | | | | | | | |

Adresse

LICENCIE D'UN CLUB INDIVIDUEL

N° DE LICENCE FEDERALE **joindre obligatoirement une photocopie**

NON LICENCIE

SI VOUS ETES NON LICENCIE : compléter l'attestation de participation à la sortie ou à l'organisation du club, signée de son Président

ATTESTATION DE PARTICIPATION (pour les non-licenciés F.F.C.T.)

Je soussigné M (Président du Club) N° fédéral du club :

Nom du club :

atteste que M participait au moment du sinistre

à une de ses trois premières sorties avec notre club,

à une manifestation de notre club inscrite aux calendriers départementaux, régionaux ou national ou à une randonnée permanente

Le Président du Club (date et signature)

LE SINISTRE

Date : Heure :

Lieu : Département :

Etiez-vous seul ? en groupe ?

PRÉCISEZ LA NATURE DES DOMMAGES QUE VOUS AVEZ SUBIS :

- corporels OUI - NON

- matériels OUI - NON

PRÉCISEZ LES CAUSES ET CIRCONSTANCES DÉTAILLÉES : (votre réponse est obligatoire)

=> joindre un plan précisant le cas échéant la direction du ou des véhicules :

.....

.....

.....

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA RESPONSABILITE CIVILE

A-t-il été établi un **constat amiable** ? OUI - NON

A-t-il été dressé un **procès-verbal** de gendarmerie ou de commissariat ? OUI - NON

Si oui : - Coordonnées des autorités :
- N° du procès-verbal :

Témoins éventuels (indiquez les noms et adresse) :

- M
- M

Un **tiers** est-il en **cause** (personne autre que la victime) ? - Nom, Prénom :

- Adresse :

Nature des dommages subis par le tiers :

Coordonnées de son assureur : Nom :

- Adresse :

- N° de contrat :

Dans tous les cas :

Vous devez (article L 121-4 du Code des Assurances) nous indiquer l'existence de vos contrats "RESPONSABILITE CIVILE", "MULTIRISQUE HABITATION" ET "ASSURANCE SCOLAIRE" le cas échéant.

Nom de la compagnie : N° de contrat :

Adresse :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES DOMMAGES CORPORELS SUBIS PAR L'ASSURE

L'assuré est-il décédé ? OUI - NON

Si oui, le décès est-il d'origine cardio-vasculaire ? OUI - NON

Description des lésions (**fournir obligatoirement le certificat médical les constatant**) :

Organisme de prévoyance (Sécurité sociale, Mutualité agricole...) N° d'immatriculation :

- Nom :

- Adresse :

Organisme complémentaire (Mutuelle, contrat d'assurance maladie...) N° d'affiliation ou de contrat :

- Nom :

- Adresse :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES DOMMAGES AU VELO ET AUX ACCESSOIRES

Description des dégâts :

Joindre obligatoirement à la déclaration de sinistre :

- la facture d'achat ou document estimatif établi par un réparateur justifiant la valeur et la date d'achat du vélo endommagé,

- le devis des réparations (**ne pas faire réparer sans l'accord des MMA**). **A défaut l'assureur pourra émettre des réserves quant au règlement du sinistre, voire refuser la prise en charge.**

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES DOMMAGES AU CASQUE ET/OU AU CARDIO-FRÉQUENCEMÈTRE

L'assuré certifie que son casque et/ou son cardio-fréquencemètre est ou sont inutilisable(s) (**joindre obligatoirement une pièce justificative de l'achat du ou des équipements endommagés**).

Fait à, le

Signature de la victime ou de son représentant (à préciser)

Numéro de sinistre :

FICHE ACCIDENT CONCERNANT LE SINISTRE A COMPLÉTER OBLIGATOIREMENT - A NE PAS DÉTACHER

CLUB Dépt. : N° Fédéral : Nom :

VICTIME Nom : Prénom : Sexe : Age :
 Adresse :
 Profession :
 Port du casque : OUI NON N° de licence

LOCALISATION DE L'ACCIDENT Dépt. : Lieu :
 Date : Heure : Type de voie :
 Agglomération : OUI NON
 Intersection Rond point priorité Ligne droite Autre

CONSTAT Amiable De police Sans

CAUSES (à préciser) :
 - Chaussée (état à préciser) :
 - Événement extérieur/Conditions atmosphériques (à préciser) :

CIRCONSTANCES Isolé En groupe Route VTT

TIERS EN CAUSE OUI NON
 Si oui (à préciser) :
 Exemple : voiture, piéton, chien, etc.

SENS DU DÉPLACEMENT DU TIERS (à préciser) :

CONSÉQUENCES Dommages corporels graves Dommages matériels légers

SIÈGE DES LÉSIONS (à préciser) :
 Hospitalisation : Jours Arrêt de travail : Jours Décès

DOMMAGES AU VÉLO (à préciser) :

PRÉCISER LA RANDONNÉE Distance parcourue depuis le départ :

Pour un licencié : Sortie Brevets Autre

Pour un non licencié participation : à une des 3 premières sorties avec le club
 à une manifestation inscrite aux calendriers officiels
 sur un site de randonnée permanente.

COMMENTAIRES

DÉCLARATION DE SINISTRE

A remplir uniquement si vous avez souscrit une des ASSURANCES COMPLEMENTAIRES : CONTRAT N° 101.206.004

NOM DU LICENCIÉ :

NUMERO DE LICENCE :

DATE DE SINISTRE :

- **ASSURANCE INDIVIDUELLE "ACCIDENT CORPOREL"** OUI – NON

Joindre :

- le bulletin justifiant la durée d'hospitalisation
- le justificatif de la perte de salaire ou de revenus

- **ASSURANCE "VOL TOTAL" ET "DOMMAGES AU VELO"** OUI – NON

Joindre la facture d'achat et en cas de VOL le dépôt de plainte

ATTENTION : il n'y a pas de garantie "Vol" si le vélo n'était pas attaché à un poste fixe par un système antivol

NOM DU CLUB OU DE LA STRUCTURE :

NUMERO D'AFFILIATION :

DATE DE SINISTRE :

- **ASSURANCE "REMORQUES ET VELOS TRANSPORTES"** OUI – NON

Joindre :

- le constat amiable (ou copie)
- ou le procès-verbal de Gendarmerie
- ou une attestation sur l'honneur du Président du club
- tout justificatif de la valeur de la remorque et des vélos transportés
- si recours à un transporteur : indiquer ses coordonnées et celles de son assureur.

Fait à, le

Signature de l'Assuré