



DÉCLARATION DE SINISTRE

**N'oubliez pas : vous avez la possibilité de déclarer votre sinistre en ligne via www.ffct.org
NE PAS UTILISER LES IMPRIMÉS DES ANNÉES PRÉCÉDENTES**

(à adresser dans les 5 jours ouvrés aux MUTUELLES DU MANS ASSURANCES
"Antenne Corporelle" - F.F.C.T. E 64 - 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

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CLUB ASSURÉ

NOM : N° FÉDÉRAL :
ADRESSE :
REPRÉSENTANT :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE LICENCIÉ ASSURÉ

Nom, Prénom : Tél. :
Adresse : Profession :
Code postal Ville :
E-mail :
Date de naissance : Sexe :
LICENCIÉ D'UN CLUB INDIVIDUEL
N° DE LICENCE FÉDÉRALE *joindre obligatoirement une photocopie*
NON LICENCIÉ

SI VOUS ÊTES NON LICENCIÉ : complétez 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,
 à une randonnée permanente.

Le Président du Club (cachet, date et signature) :

VOS COMMENTAIRES

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

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE SINISTRE

Cadre réservé aux MMA

Numéro du sinistre :

Date : Heure :

Lieu : Département : Pays :

PRÉCISEZ LA NATURE DES DOMMAGES SUBIS :

- Corporels : OUI NON - Matériels : OUI NON

- Décès : OUI NON - Origine du décès : Cardio-vasculaire Autre (à préciser) :

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

Joindre un croquis de l'accident en précisant : 1. le tracé des voies – 2. la direction (par des flèches) des véhicules
3. leur position au moment du choc – 4. les signaux routiers

ATTENTION : LA PARTICIPATION AUX COURSES ET CYCLOSPORTIVES N'EST PAS ASSURÉE

LOCALISATION DU SINISTRE

Type de voie (par exemple : RD - RC) :

AVEC SURLARGEUR OU BANDE - VITESSE AUTORISÉE :

AGGLOMÉRATION RASE CAMPAGNE FORET

INTERSECTION ROND POINT LIGNE DROITE AUTRE

CIRCONSTANCES

ISOLÉ EN GROUPE

PRATIQUE : ROUTE VTT VTC

SORTIE

MANIFESTATION ORGANISÉE PAR F.F.C.T. OUI NON AUTRES (à préciser)

PERSONNELLE CLUB RANDONNÉE

BREVET AUTRE (à préciser)

DISTANCE PARCOURUE DEPUIS LE DÉPART : KM

CAUSES

CHUTE CHUTE COLLECTIVE DÉFAUT MAITRISE

RENVERSÉ COLLISION MALAISE

MÉCANIQUE INFRASTRUCTURE METEO

AUTRE (à préciser) :

TIERS EN CAUSE

SANS TIERS DÉLIT DE FUITE

CYCLOTOURISTE AUTRE CYCLISTE PIÉTON

ROLLER CYCLOMOTEUR MOTO VOITURE

CAMION BUS/CAR VÉHICULE AGRICOLE

AUTRE (à préciser) :

SENS DE DÉPLACEMENT DU TIERS

A préciser :

PORT DU CASQUE

OUI NON

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA RESPONSABILITÉ 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 "l'Assuré") ? 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 "RESPONSABILITÉ 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

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES DOMMAGES CORPORELS QUE VOUS AVEZ SUBIS

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 VÉLO, ACCESSOIRES ET VÊTEMENTS QUE VOUS AVEZ SUBIS

Description des dégâts :

Joindre obligatoirement à la déclaration de sinistre :

- les factures d'achat ou documents estimatifs établis par un réparateur justifiant la valeur et la date d'achat du vélo endommagé, ainsi que les factures d'achat concernant les accessoires et les vêtements endommagés.

- 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 CARDIO-FRÉQUENCEMÈTRE QUE VOUS AVEZ SUBIS

L'assuré certifie que son casque et/ou son cardio-fréquencemètre est ou sont inutilisable(s) (**Joindre obligatoirement la facture d'achat ou ticket de caisse des équipements endommagés**).

Fait à le

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

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

- 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 VÉLO" OUI NON

Vélo appartenant au licencié Vélo appartenant au club

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.

- ASSURANCE "REMORQUES ET VÉLOS TRANSPORTÉS" 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 des vélos transportés
- si recours à un transporteur : indiquer ses coordonnées et celles de son assureur.

RAPPEL

Les assurances "ACCIDENT CORPOREL" (Formules Petit et Grand Braquet) et "DOMMAGES AU VÉLO" (Formule Grand Braquet) du contrat n° 101.206.000 ne sont pas des garanties d'assurances complémentaires du contrat n° 101.206.004.

Fait à le

Signature de l'assuré