



FORMULAIRE DE DECLARATION INDIVIDUELLE ACCIDENTS (accident corporel)

**DÉCLARATION DE SINISTRE À ADRESSER DANS LES 5 JOURS
ACCOMPAGNÉE D'UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONSTATATION DE VOTRE BLESSURE
(adressé sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de WTW) :**
WILLIS TOWERS WATSON - Département Sport
Immeuble Quai 33, 33/34, quai de Dion Bouton - CS 70001 - 92814 PUTEAUX CEDEX
09 72 72 01 38 ou ffc@grassavoye.com

L'ASSURE

Qui déclare ? :

- Licencié victime de l'accident
 Président du club organisant l'activité durant laquelle s'est produit l'accident Autre, (à préciser):

Victime de l'accident :

Civilité : Mme M.

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal : __ __ __ Ville :

Téléphone : E-mail : @

Date de Naissance : / / Numéro de Sécurité Sociale :

Nom et N° du contrat d'assurance complémentaire santé :

Numéro de licence et Catégorie de Licence (type de titre fédéral) :

Nom du Club :

Nom du Comité Régional :

Une option complémentaire a-t-elle été souscrite ?

- Bronze Argent Or Mon Assurance Vélo

L'ACCIDENT

Date de l'accident : / / Heure de l'accident :H....

L'accident est-il survenu à l'occasion :

- d'un entraînement collectif d'un entraînement individuel d'un déplacement
 d'une manifestation sportive organisée par la FFC ou un club d'un stage
 d'un usage privé ou de loisir non sportif autre, (à préciser) :

Lieu de l'accident :

Adresse (dans la mesure du possible, des indications comme un lieu-dit proche, ou la route peuvent être utiles) :

Code Postal : __ __ __ Ville :

Si l'accident est survenu lors d'une épreuve FFC:

Nom de l'épreuve et Numéro d'attestation FFC:

Nom du club organisateur :

Adresse du club organisateur :



Téléphone : E-mail : @

Nature de l'activité :

- Route Cyclo-Cross VTT BMX Salle

autre, (à préciser) :

Les circonstances :

Configuration des lieux :

- Intersection Ligne Droite Virage à Droite Virage à Gauche Rond-Point Parking

Environnement :

- Voie Rurale Voie Urbaine Voie Expresse Voie Privée Forêt Autre, (à préciser) :

Relief :

- Plaine Montagne / Descente Montée

Etat de la route / Condition atmosphérique :

- Conditions humides Conditions sèches Vent Verglas Travaux Chaussée déformée

Chute :

- Chute seul Chute à deux Chute collective Défaillance technique

Collision :

- Collision avec une voiture/camion Collision avec une moto
Collision avec un élément fixe Collision avec un autre cycliste

Autre type de collision, à préciser :

N° du Procès-Verbal :

Nom et coordonnées de la gendarmerie/police :

Témoins de l'Accident

(Nom, prénom, coordonnées postales, téléphoniques, mail, éventuel lien ou fonction dans l'épreuve):

Témoïn 1

Témoïn 2

Témoïn 3

DETAIL DES CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT :

(à préciser dans tous les cas, même si un procès-verbal de gendarmerie ou un rapport de police a été établi)

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

Croquis éventuel de l'accident au moment du choc :

DOMMAGES CORPORELS :

Nature des blessures :

- Blessures légères (contusions) Brûlure Entorse Fracture Plaie Traumatisme
 autre, (à préciser):

Perte de connaissance : Oui Non

Siège des blessures :

Tête, si oui, la victime portait-elle son casque Oui Non

Epaule Bassin Membres inférieurs Membres supérieurs Localisation Multiple

Cervicale Dents autre, (à préciser) :

PIECES JUSTIFICATIVES

(Selon l'instruction du dossier sinistre, d'autres pièces peuvent vous être demandées):

WILLIS TOWERS WATSON
 Département Sport
 Immeuble Quai 3333, quai de Dion Bouton - CS 70001 - 92814 PUTEAUX CEDEX
09 72 72 01 38 ou **ffc@grassavoie.com**

<p style="text-align: center;">En cas de blessure</p> <ul style="list-style-type: none"> -un Certificat Médical de constatation de vos blessures -bulletin de situation / sortie, si hospitalisation - justificatifs des frais médicaux engagés (factures optique, dentaire) -copie des bordereaux de remboursement des organismes sociaux <li style="text-align: center;">- un RIB 	<p style="text-align: center;">En cas d'Invalidité</p> <ul style="list-style-type: none"> - le certificat médical de CONSOLIDATION -tous documents médicaux en votre possession
<p style="text-align: center;">En cas d'arrêt de travail supérieur à 15 jours</p> <ul style="list-style-type: none"> -un Certificat Médical de constatation de vos blessures -les arrêts de travail et les éventuelles prolongations 	<p style="text-align: center;">En cas de décès</p> <ul style="list-style-type: none"> -l'acte de décès - le certificat de décès précisant la cause du décès -la copie du Certificat Médical d'aptitude à la pratique cycliste -le procès verbal de gendarmerie - copie du livret de famille

**dans tous les cas
la copie de la
licence FFC**

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 ainsi que des poursuites.

Fait à : Le : / /

Nom et Signature :



CERTIFICAT MEDICAL DE CONSTATATION DE BLESSURE

Ce certificat doit être joint à la déclaration de sinistre, sous enveloppe, indiquant la mention « *lettre confidentielle à l'attention du Médecin Conseil de WTW* ».

Je soussigné(e) docteur
certifie avoir examiné de jour, / /,

Monsieur, Madame,
à la suite de l'accident du / /

Descriptif des blessures :
.....
.....
.....
.....

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

Etablissement/ 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 de l'arrêt de travail : 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 :