



# 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 Gras Savoye) :**  
GRAS SAVOYE 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):

**GRAS SAVOYE 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**

<b>En cas de blessure</b> -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 - un RIB	<b>En cas d'Invalidité</b> - le certificat médical de CONSOLIDATION -tous documents médicaux en votre possession
<b>En cas d'arrêt de travail supérieur à 15 jours</b> -un Certificat Médical de constatation de vos blessures -les arrêts de travail et les éventuelles prolongations	<b>En cas de décès</b> -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 Gras Savoye* ».

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 :