



Déclaration de sinistre téléchargeable sur le site : www.ffcv.org

**DÉCLARATION DE SINISTRE AXA – FFCV**  
**Contrat AXA n°6568997504**

**La déclaration de sinistre doit être adressée par courrier dans les 5 jours ouvrés à l'adresse suivante :** Agence Julien VIDAL – 34 avenue Georges Pompidou 31270 Cugnaux  
+ copie au médecin fédéral : ffcv.medecin@gmail.com

**--- UN DOSSIER INCOMPLET NE PERMETTRA PAS L'OUVERTURE DU SINISTRE ---**

**LE CLUB**

Nom du Club : .....

N° d'affiliation à la FFCV : .....

Le club est-il à jour des adhésions à la FFCV ?  
 oui  non

S'agit-il du 1<sup>er</sup> sinistre déclaré par le club ?  
 oui  non : nombre de sinistres : .....

Représentant : .....

Tel : ..... / ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Mail : .....

Fait à.....le : ..... / ..... / .....

Signature et cachet du club :

**LA VICTIME**

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Profession : .....

Tel : ..... / ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Sexe :  Homme  Femme

Adhèrent FFCV ?  oui n° : .....  non  
 (Joindre obligatoirement copie de la licence ou du livret de pilote)

Affiliation Sécurité Sociale :  oui  non  
 n° Sécurité sociale : ... ..

Régime complémentaire : .....

Autre assurance (assurance scolaire, autre...) :  
 .....

Avez-vous fait intervenir ces autres organismes ?  
 oui  non si oui lesquels : .....

Type de pratique du char à voile lors de l'accident:  
 Enseignement  Loisir  Compétition  autre  
 Précisez : .....

Signature:

**DOMMAGES CORPORELS**

Présence de dommages corporels ?  oui  non  
 Présence du Certificat Médical Initial ?  oui  non  
 Décrire brièvement les blessures subies :  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

Joindre OBLIGATOIREMENT le certificat médical initial constatant les dommages corporels, **sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil au cabinet Vidal.**

Constat de Gendarmerie ou Police :  oui  non  
 Commissariat ou brigade : .....

**AUTRES PERSONNES IMPLIQUEES**

D'autres personnes sont-elles impliquées dans l'accident ?  oui  non

Nom 1 : .....

Prénom : .....

Tel : ..... / ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Nom 2 : .....

Prénom : .....

Tel : ..... / ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Dommages subis par le tiers : .....

Rôle dans le sinistre : .....

.....  
 .....

### L'ACCIDENT

Date: ..... / ..... / ..... Heure : ..... Lieu : ..... dépt n° : .....

Circonstances détaillées :

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

#### Précisions Obligatoires :

Conditions météo, vent (échelle de Beaufort) : .....

Type de plage : .....

Type de char : ..... Surface de voile: .....

Zone de roulage :  balisée  non balisée

Port du casque :  oui  non

Type d'accident :  éjection  renversement  autre : .....

Collision :  piéton  char  autre : .....

#### Croquis de l'accident : Obligatoire en cas de percussion ou collision :

Merci de dessiner la position des chars, les balisages, le sens du vent et tout ce qui peut être utile dans la compréhension de l'accident.

### RESPONSABILITE CIVILE

Dans tous les cas vous devez (art. 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 AXA de votre recours ? :  oui  non

**Témoins éventuels** (indiquez les noms et adresses)

- M.....

- M.....

Signature: (nom et qualité)

### PIECES A JOINDRE

**Récapitulatif des pièces à joindre : Dans tous les cas :**

Photocopie de la licence ou du livret - certificat médical décrivant les blessures, la prévision d'incapacité professionnelle et sportive et précisant, le cas échéant, la nécessité d'une hospitalisation et/ou constatation des dégâts matériels - devis précisant le montant des réparations à effectuer (si garantie acquise) - photocopie de l'arrêt de travail éventuel. **Le cas échéant :** Justifications des frais médicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation et de transport restant à la charge du blessé après remboursement de la Sécurité Sociale et de la Mutuelle ou tout autre régime de prévoyance (bordereaux de remboursement à joindre)

**En cas de décès :** Certificat médical indiquant la cause du décès, fiche d'état civil du décédé.