

# FEDERATION FRANCAISE DU SPORT AUTOMOBILE

## DECLARATION A EFFECTUER DANS LES 10 JOURS SUIVANT L'ACCIDENT

(\* Champs obligatoires)

Pour aller plus vite faites votre déclaration en ligne via le site : [www.ffsa.org](http://www.ffsa.org) en page d'accueil



### ACCIDENT

Date de survenance de l'accident\* : ..... / ..... / ..... Heure de survenance de l'accident : \_\_ \_ H \_\_ \_

### QUI DECLARE ?

Statut du déclarant : ☐ Licencié ou titulaire d'un titre fédéral, victime de l'accident  
☐ Président du club organisant l'activité durant laquelle s'est produit l'accident  
☐ Ayant droit  
☐ Autre (à préciser) : .....

### VICTIME

#### Qualité\* :

☐ Pilote ☐ Co-Pilote ☐ Bénévole (licencié) ☐ Bénévole (non licencié)  
☐ Pilote Sportif de Haut Niveau (inscrit sur la liste arrêtée par le Ministre chargé des Sports)  
☐ Autre (à préciser) : .....

Civilité\* : ☐ Mme. ☐ M.

Nom\* : ..... Prénom\* : .....

Date de naissance\* : ..... N° Tél : .....

Adresse\* : .....

Complément d'adresse\* : .....

Code Postal\* : .....

Ville\* : .....

Adresse email\* (à laquelle vous recevrez l'accusé de réception de ce sinistre) : .....

Numéro de Sécurité Sociale : \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ Clé : \_\_

Nom et N° de votre contrat Mutuelle : .....

#### Activité professionnelle :

☐ Salarié(e) ☐ Scolaire ou Etudiant ☐ Travailleur Indépendant  
☐ Sans profession ☐ Demandeur d'emploi

#### Type de titre fédéral\* :

☐ Licence ☐ Titre de participation

Numéro du titre fédéral : .....

Numéro de l'AS : .....

Nom et adresse du contact avec l'assuré (accusé de réception et pièces) si différente de celle de la victime :

.....  
 .....

### GARANTIE

Avez-vous souscrit une option complémentaire à votre licence ?

☐ NON, je n'ai pas souscrit d'option complémentaire

☐ OUI, j'ai souscrit une option complémentaire : ☐ Option Executive ☐ Option Pack Premium

**CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT****Accident survenu\*** :Discipline concernée : ☐ Rallye ☐ Circuit ☐ Montagne ☐ Tout Terrain ☐ Karting ☐ VHC ☐ DriftLieu\* : ☐ France N° Département (2 chiffres) : \_\_ ☐ Etranger (si oui préciser le nom du pays) : .....

Site de pratique\* : .....

Nom du l'association sportive organisatrice\* : .....

☐ En compétition régionale ☐ En compétition nationale ☐ En compétition internationale  
☐ En entraînement ou séance éducative ou roulage ☐ En démonstration
**Circonstances détaillées\*** :☐ Collision avec un véhicule ☐ Collision avec un élément fixe/aménagement☐ Collision avec une personne physique ☐ Défaillance technique du véhicule☐ Incendie ☐ Sortie de piste (sans collision)☐ Autres (à préciser) : .....**Conditions météorologiques :**☐ Piste sèche ☐ Piste séchant (flaques éparses) ☐ Piste Humide☐ Pluie ☐ Gel ☐ Neige**Témoins éventuels (nom et coordonnées postales) :**.....  
.....**En Cas Procès-Verbal (nom et coordonnées postales des Forces de l'Ordre) :** N° du Procès-Verbal : ..........  
.....**LE VEHICULE****Généralités :**

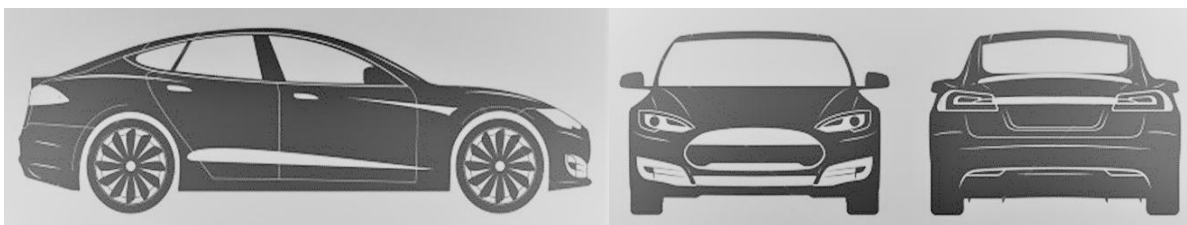
Marque (ex. : Renault) : ..... Modèle (ex. : Mégane) : .....

Version (ex. : RS) : ..... Année (1<sup>re</sup> immatriculation) : .....

Énergie (Essence, Hybride, Électrique, ...): .....

Cylindrée : ..... cm<sup>3</sup>**Equipements INTERIEURS spécifiques :**☐ Arceau de sécurité ☐ Harnais☐ Renfort(s) spécifique(s) (à préciser) : .....☐ Autres (à préciser) : .....**Equipements EXTERIEURS spécifiques :**☐ Aileron arrières ☐ Feux additionnels ☐ Réservoir additionnel☐ Accessoires Aérodynamiques (à préciser) : .....☐ Autres (à préciser) : .....**Impact(s) sur véhicule :**☐ Simple ☐ Multiples (dans le cas où le véhicule n'est pas immobilisé après le 1<sup>er</sup> impact)☐ Nature du ou des obstacle(s) percuté(s) : ☐ Autre(s) véhicules (à préciser) : .....☐ Environnement (à préciser) : .....☐ Piéton(s) (à préciser) : .....**Localisation du ou des impact(s) :**Indiquer sur les schémas ci-dessous le ou les points d'impact(s). S'il est connu, repérer le 1<sup>er</sup> point d'impact supposé par une croix encadrée ☒

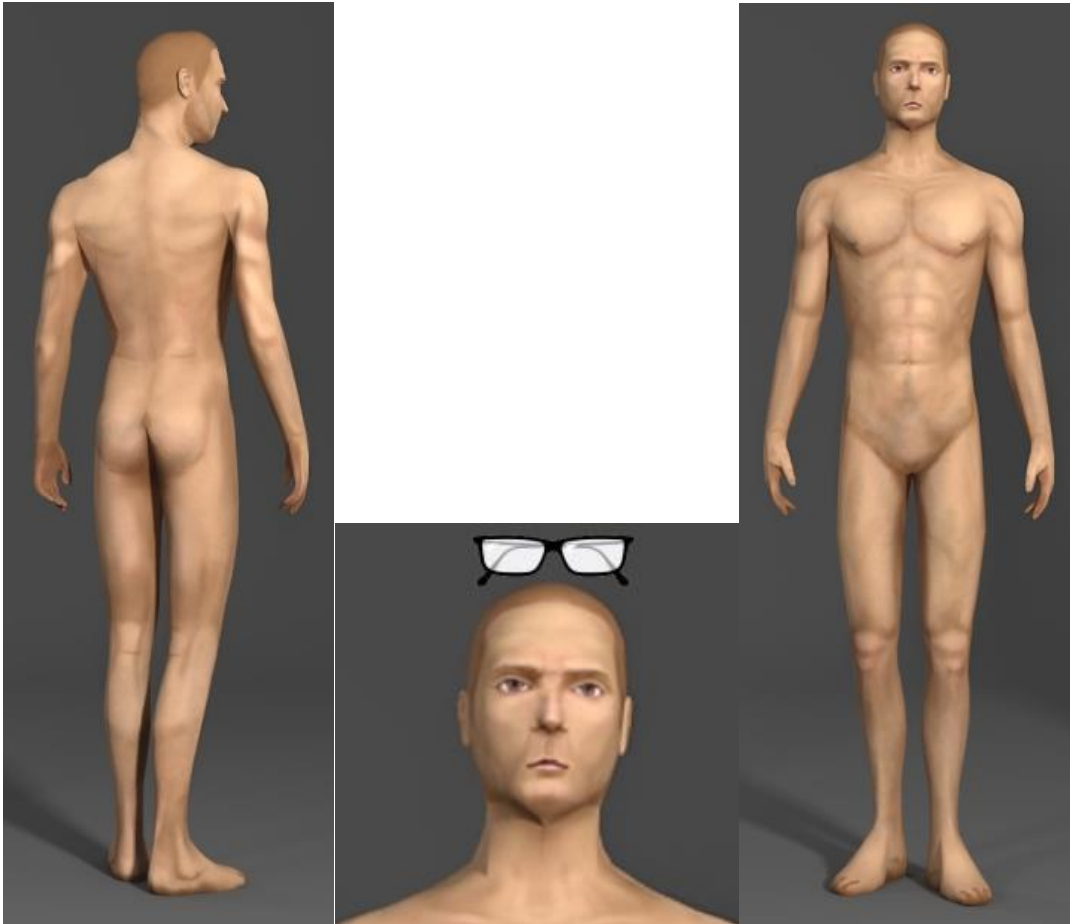
△ Pour les catégories de véhicules qui diffèrent d'une auto « standard » (ex : monoplace, karting ..., extrapoler sur la base des illustrations ci-dessous :



Commentaires éventuels, légendes, schémas complémentaires, ...

**NATURE ET SIEGE DES BLESSURES:**

Indiquer par une croix le(s) siège(s) des blessures - Réponse cumulable possible



Indiquer par une croix la (les) lésion(s) constatée(s) - Réponse cumulable possible

- |  |                                       |                                   |                                  |                                   |
|--|---------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bris Dentaire               | <input type="checkbox"/> Bris Optique |                                   |                                  |                                   |
| <input type="checkbox"/> Traumatisme                 | <input type="checkbox"/> Entorse      | <input type="checkbox"/> Luxation | <input type="checkbox"/> Brûlure | <input type="checkbox"/> Fracture |
| <input type="checkbox"/> Coma                        | <input type="checkbox"/> Amputation   | <input type="checkbox"/> Décès    |                                  |                                   |
| <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) : ..... |                                       |                                   |                                  |                                   |

Indiquer par une croix la (les) différente(s) protections(s) portée(s) lors de l'accident

- |  |                                      |                               |                                       |
|--|--------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Casque                      | <input type="checkbox"/> Combinaison | <input type="checkbox"/> Gant | <input type="checkbox"/> Système Hans |
| <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) : ..... |                                      |                               |                                       |

 Je soussigné(e), Mme. ou M.....reconnais la véracité des faits rapportés.  
 Fait, le ... /... /... Signature du déclarant, accompagné le cas échéant du cachet de l'AS

Déclaration de sinistre à adresser dans les 10 jours et à accompagner d'un certificat médical de constatation de votre blessure (adressé sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de Gras Savoye) à :  
 GRAS SAVOYE WILLIS TOWERS WATSON - Département Sport  
 Immeuble Quai 33 - 33, quai de Dion Bouton - CS 70001 - 92814 PUTEAUX CEDEX ☎ 0 972 720 137 ou e-mail: [ffsa@grassavoye.com](mailto:ffsa@grassavoye.com)