FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CYCLISME

FEDERATION FRANÇAISE DE CYCLISME

DEMANDE DE LICENCE 2027

◯ **Nouveau licencié** ◯ **Renouvellement de licence**

Réservé au comité régional

Licence _____

Uci Id _____

NIP _____

Club _____

Nom _____ Prénom _____

Nationalité _____ Né(e) le _____ Sexe ◯ H ◯ F

Si modifications (pour les renouvellements)

Adresse _____

Code Postal _____ Ville _____

Courriel _____

Téléphone _____ *portable de préférence*

Contact en cas d'urgence _____ *téléphone affiché sur le carton de licence*

Adresse _____

Code Postal _____ Ville _____

Courriel _____

Téléphone _____ *portable de préférence*

Contact en cas d'urgence _____ *téléphone affiché sur le carton de licence*

Licence

Toutes les informations sur les licences sont disponibles sur : www.ffc.fr/licence2027
Pour toute pratique sportive (type Compétition, Sport ou Jeunesse), le questionnaire de santé doit être renseigné

Activité	Discipline	Type	Catégorie	Sous-catégorie
Principale				
Secondaire 1 *(optionnel)*				
Secondaire 2 *(optionnel)*				
Secondaire 3 *(optionnel)*				

Informations

Communications : Vous pouvez à tout moment gérer vos abonnements à la "Newsletter" et aux "Offres et Bons Plans" depuis votre Espace Licencié
Liste Rouge : Si vous ne désirez pas que votre nom apparaisse sur nos sites, vous pouvez à tout moment vous ajouter à la liste rouge depuis votre Espace Licencié
SMR : Les personnes soumises à la SMR recevront ultérieurement, de la part du service médical de la FFC, les informations et procédures pour réaliser le suivi réglementaire.

☐ Je reconnais avoir pris connaissance des engagements du licencié liés à la prise de licence figurant sur le site de la FFC www.ffc.fr/engagement-licencie/ et m'engage à y souscrire.

☐ Je reconnais avoir pris connaissance des garanties d'assurance liées à la licence ainsi que des possibilités de garanties complémentaires offertes par l'assureur (informations figurant à la suite de ce document : Bulletin d'adhésion aux garanties complémentaires).

☐ **Important** : l'assurance Individuelle Accident dont le coût est de 2€ à 6€ selon le type de licence (ce coût étant porté à la connaissance du demandeur par la Tarification officielle FFC 2027. Mise à disposition par la FFC), n'est pas obligatoire. En cas de refus de souscription de cette garantie, cocher la case et adresser le présent document à votre club; le licencié soussigné demande expressément à ne pas bénéficier des garanties individuelles accidents (garanties de base et garanties complémentaires)
La notice d'information concernant l'assistance des licenciés est consultable sur site Fédéral à l'adresse suivante : https://www.ffc.fr/assurance/

Attestation - Questionnaire de santé

J'atteste sur l'honneur être en possession du questionnaire de santé (QSM pour les mineurs, Module Santé pour les majeurs) qui m'a été remis par mon club, et/ou mis à disposition sur le site de la FFC/comité régional. J'atteste sur l'honneur avoir rempli toutes les rubriques, que les réponses apportées n'impliquent pas la nécessité de fournir un certificat médical et qu'elles relèvent de ma responsabilité exclusive.

Fait à, _____ Le, _____

Signature :

Autorisation parentale en cas de contrôle anti-dopage avec technique invasive

Si le sportif contrôlé est un mineur ou un majeur protégé, tout prélèvement nécessitant une technique invasive, notamment un prélèvement de sang, ne peut être effectué qu'au vu d'une autorisation écrite de la ou des personnes investies de l'autorité parentale ou du représentant légal de l'intéressé. Le modèle de ce document est disponible sur le site de la FFC.

☐ Je reconnais avoir pris connaissance des modalités liées à l'autorisation parentale en cas de contrôle anti-dopage avec technique invasive

Le demandeur	**Le club**	**Le comité régional**
Signature du demandeur et du responsable légal si mineur	Le président soussigné, certifie que la présente demande a été signée par le demandeur lui même (son identité ayant été vérifiée au préalable)	
	Cachet du club et signature du Président	* Demande enregistrée le _____

(*) date contractuelle pour l'assurance correspondant au début de la couverture de l'assuré (à partir de 0 heure).

Loi informatique et liberté : *Conformément à la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les informations recueillies dans le présent document sont nécessaires au traitement de votre adhésion. Ces renseignements sont destinés à la constitution d'un fichier informatisé. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification concernant les données vous concernant qui pourraient figurer dans tout fichier à usage de la Compagnie, ses mandataires, réassureurs, et organisations professionnelles, ainsi que ceux des intermédiaires.*

ADDITIF A LA DEMANDE DE LICENCE 2027

Ce document est à joindre à la demande de licence et à envoyer au club de votre choix.
ATTENTION : AUCUNE DEMANDE DE LICENCE NE SERA TRAITEE SI LE PRESENT DOCUMENT N'Y EST PAS ANNEXE, COMPLETE ET SIGNE (ARTICLE L321-4 DU CODE DU SPORT)

Je soussigné(e),
Nom / Prénom du Licencié .....
☐ Homme ☐ Femme - Nationalité : .....
Date de naissance : .....
Adresse : .....
Code postal: I__I__I__I__I__I Ville : .....
✆ ..... E-mail : .....
Identité du représentant légal pour les mineurs : .....
Signataire de la présente

☐ Je ne désire pas souscrire aux options complémentaires qui me sont proposées en plus de ma licence fédérale et qui octroient aux licenciés des garanties supérieures à la licence de base.

Pour rappel les garanties assistance rapatriement prévues par la licence sont acquises lors de la participation aux manifestations sportives organisées par la FFC, ses comités et clubs ou se déroulant sous l'égide de l'Union Cyclisme International (UCI).
Par manifestation on entend les compétitions, les cyclosportives, les randonnées et les épreuves d'initiation cyclistes.
Les titulaires d'une licence Sport – épreuves de masse ou loisir sont couverts pour les usages prévus au titre de leur licence.

☐ Je désire souscrire aux options complémentaires (Par internet) :

☐ Bronze : 25 € TTC* **☐Argent : 35 € TTC *** **☐Or : 45 € TTC***
* dont 3€ au titre de l'extension assistance à l'entrainement

MARSH

Pour souscrire l'option directement sur le site internet :
https://velo.ffc.fr/se-licencier/assurances/
Le paiement se fait en ligne par carte bancaire et je reçois directement par mail mon attestation.



Il est rappelé que l'usage privé et de loisirs non sportifs est exclu desdites garanties, sauf si ces usages sont prévus et autorisés par la licence. En sus des options ci-dessus j'ai la possibilité de demander à l'assureur fédéral l'étude de garanties spécifiques correspondant à ma situation personnelle.

Je certifie également avoir pris connaissance que je peux avoir intérêt à souscrire, à titre personnel et individuel et **auprès de l'assureur de mon choix**, des garanties complémentaires « d'Accident Corporel » ou « Garantie d'Accident de la Vie », ne comprenant pas d'exclusion des sports cyclistes tant en entraînement qu'en compétition.

Je reconnais avoir reçu et pris connaissance d'un exemplaire des notices d'informations, référencées « Notice d'informations RC IA licenciés FFC 2027 » et « Notice d'informations Assistance licenciés FFC 2027 », faisant partie intégrante du formulaire de licence, ainsi que du bulletin d'adhésion aux garanties complémentaires valant Conditions Particulières.

Fait à .....
Le .....
Signature du licencié ou de son représentant légal pour les mineurs

Nom du club : *Nom du Président :*

Fait à …… Le ……
Signature et cachet du club obligatoires

LOI INFORMATIQUE ET LIBERTES : les informations recueillies dans le présent document sont nécessaires au traitement de votre adhésion. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/1978, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant qui figurerait dans tout fichier à usage de la compagnie, ses mandataires, réassureurs, et organismes professionnels ainsi que ceux des intermédiaires. Ce droit peut être exercé directement auprès de la direction générale de la FFC.

MARSH société par actions simplifiée au capital de 5 917 915 euros. Société de courtage d'assurances et de réassurance dont le siège est situé Tour Ariane – La Défense, 5 place de la pyramide, 92800 Puteaux, immatriculée sous le n° 572 174 415 au RCS de Nanterre. Assurances RC professionnelle et garantie financière conformes aux articles L512-6 et 7 du Code des assurances. TVA intracommunautaire n° FR 05 572 174 415. Orias n° 07001037, orias.fr. Code APE : 6622Z. Société soumise au contrôle de l'ACPR, 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09. Réclamations : Marsh, Département Réclamations, Tour Ariane, 92088 Paris La Défense cedex – reclamation@marsh.com. Conditions générales de prestations sur marsh.fr. Copyright © 2026 Marsh S.A.S. Tous droits réservés.

Garantie Complémentaire IA

Mon assurance complémentaire Individuelle Accidents et Assistance

SOUSCRIPTION EN LIGNE : https://velo.ffc.fr/selicencier/assurances/
(Attestation et garanties immédiates)

SOUSCRIRE À UNE GARANTIE COMPLÉMENTAIRE

Bulletin valant Conditions Particulières / Conditions Générales et Notice téléchargeables sur le lien cidessus.

Je complète ma couverture en cas d'accident corporel, je choisis l'option :

☐ Bronze ☐ Argent ☐ Or

GARANTIES	MONTANTS DES GARANTIES			FRANCHISE
	OPTION BRONZE	OPTION ARGENT (1)	OPTION OR (2)	
DÉCÈS ACCIDENTEL GARANTI	**35 000 €**	**25 000 €**	**35 000 €**	Néant
INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE À LA SUITE D'ACCIDENT GARANTI	**70 000 € x taux d'IP**	**50 000 € x taux d'IP**	**70 000 € x taux d'IP**	Relative **9%**
INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL À LA SUITE D'ACCIDENT GARANTI	Néant	Indemnités journalières : 10 € par jour et au maximum pendant 180 jours En cas d'hospitalisation : Indemnités journalières supplémentaires : 10 € par jour pendant la durée de l'hospitalisation et au maximum pendant 180 jours	Indemnités journalières : 15 € par jour et au maximum pendant 180 jours En cas d'hospitalisation : Indemnités journalières supplémentaires : 10 € par jour pendant la durée de l'hospitalisation et au maximum pendant 180 jours	14 jours d'arrêts (intervention à compter du 15ème jour)
FRAIS MÉDICAUX ENGAGÉS EN FRANCE MÉTROPOLITAINE UNIQUEMENT ET À LA SUITE D'ACCIDENT GARANTI (3)	Néant	+ 1 000 € du plafond de la garantie de base	+ 2 000 € du plafond de la garantie de base	Néant
NOUVEAUTE 2027	MONTANTS DES GARANTIES			FRANCHISE
	OPTION BRONZE	OPTION ARGENT (1)	OPTION OR (2)	
REMBOURSEMENT AU PRORATA DE LA COTISATION AU CLUB EN CAS D'ARRÊT DE LA PRATIQUE CYCLISTE À LA SUITE D'ACCIDENT GARANTI	Néant	Néant	Dans la limite de 200 €	4 mois d'arrêts

(1) Option Argent :
*L'Assureur verse à l'Assuré **un forfait de** 10 € par jour pendant tout le temps où, suite à un accident garanti, il est temporairement dans l'incapacité d'exercer son activité professionnelle.*
Il perçoit en outre une somme complémentaire de 10 € par jour pendant la durée de l'hospitalisation.
Ces sommes seront versées pendant une durée maximum de 180 jours, à compter du 15ème jour suivant l'accident.

(2) Option Or :
*L'Assureur verse à l'Assuré **un forfait de** 15 € par jour pendant tout le temps où, suite à un accident garanti, il est temporairement dans l'incapacité d'exercer son activité professionnelle.*
Il perçoit en outre une somme complémentaire de 10 € par jour pendant la durée de l'hospitalisation.
Ces sommes seront versées pendant une durée maximum de 180 jours, à compter du 15ème jour suivant l'accident.

(3) Frais de traitement prescrits par un médecin, soumis ou non à remboursement de la Sécurité sociale, consécutifs à un accident garanti (après déduction des prestations versées par la Sécurité sociale et/ou assurances complémentaires de frais de santé lorsque l'Assuré bénéficie des régimes de protection sociale correspondants).

Couverture jusqu'au 31/12/2027

L'Assuré déclare :
- ✓ Avoir pris connaissance des Conditions Générales du contrat d'assurance susvisé
- ✓ Être licencié auprès de la FFC et à jour de cotisations
- ✓ Ne pas avoir subi ou déclaré plus de 2 sinistres au cours des 3 dernières années
- ✓ Ne pas avoir été résilié pour nonpaiement au cours des 2 dernières années pour un contrat similaire

MARSH société par actions simplifiée au capital de 5 917 915 euros. Société de courtage d'assurances et de réassurance dont le siège est situé Tour Ariane – La Défense, 5 place de la pyramide, 92800 Puteaux, immatriculée sous le n° 572 174 415 au RCS de Nanterre. Assurances RC professionnelle et garantie financière conformes aux articles L5126 et 7 du Code des assurances. TVA intracommunautaire n° FR 05 572 174 415. Orias n° 07001037, orias.fr. Code APE : 6622Z. Société soumise au contrôle de l'ACPR, 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09. Réclamations : Marsh, Département Réclamations, Tour Ariane, 92088 Paris La Défense cedex – reclamation@marsh.com. Conditions générales de prestations sur marsh.fr. Copyright © 2026 Marsh S.A.S. Tous droits réservés.

ANNEXE 1

Notice d'information valant Conditions Générales du Contrat d'Assurance de Groupe « Individuelle Accidents » souscrit par la FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CYCLISME (FFC)

Cette notice d'information est établie conformément à l'article L141-4 du Code des assurances.

Elle décrit les garanties, les exclusions et les obligations de l'Assuré au titre du contrat d'assurance de groupe « Individuelle Accidents » n° 219 718 755 04 souscrit par la Fédération Française de Cyclisme (FFC) - Vélodrome National, 1 rue Laurent Fignon – 78180 MONTIGNY-LE-BRETONNEUX - pour le compte des Assurés désignés ci-dessous auprès d'AXA FRANCE IARD, société anonyme, au capital de 214 799 030 euros, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 722 057 460, entreprise régie par le Code des assurances dont le siège social est situé 313 Terrasses de l'Arche - 92727 NANTERRE CEDEX.

Ce contrat est régi par le droit français et notamment le Code des assurances.

En cas d'adhésion par l'Assuré au contrat d'assurance de groupe « Individuelle Accidents » ci-dessus référencé, cette notice vaudra Conditions Générales lesquelles fixeront avec les Conditions Particulières[1] l'étendue des garanties ainsi que les droits et les obligations de l'Assuré et de l'Assureur.

Le courtier d'assurance intermédiaire à la souscription et à la gestion du contrat d'assurance de groupe « Individuelle Accidents » ci-dessus référencé est le Cabinet MARSH, société de courtage d'assurances immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés sous le numéro 572 174 415 et auprès de l'ORIAS sous le numéro 07 001 037 en qualité de courtier d'assurance sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, ACPR, 4, Place de Budapest – CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

[1]**Les Conditions Particulières d'assurance mentionnées ci-dessus sont constituées par :**

- **l'adhésion aux garanties de base du contrat d'assurance de groupe** « Individuelle Accidents » au moment de la prise de Licence ;
- le **Bulletin Individuel d'Adhésion Facultative aux garanties complémentaires lorsque l'Assuré a souscrit une option.**

Droit applicable

Ce contrat est régi par le droit français et notamment le Code des assurances.

Pour les risques définis à l'article L.191-2 du Code des assurances et relevant des dispositions particulières aux départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle :

- Sont applicables les articles impératifs L.191-5, L.191-6 du Code des assurances,
- N'est pas applicable l'article L.191-7 du Code des assurances auquel il est dérogé expressément.

Juridiction compétente

Tout litige né de l'exécution ou de l'interprétation du présent contrat sera de la compétence des juridictions françaises.

Commission de contrôle

L'autorité chargée du contrôle de l'Assureur désigné dans la notice d'information est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution – ACPR – situé 4 place de Budapest CS 92459 – 75436 Paris cedex 09.

1. Définitions

Accident

Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'Assuré et provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure et par assimilation les maladies qui seraient la conséquence directe de cet accident.

Le lien de causalité devant être établi entre la cause extérieure et l'atteinte corporelle.

Sont assimilées à des accidents les atteintes corporelles subies à la suite :

- de noyade, d'asphyxie, d'hydrocution, d'électrocution, de la chute de la foudre, d'insolation et de congélation ;
- d'un accident vasculaire cérébral, provoquant le décès au moment de l'activité ou constatée par un médecin sur le lieu de l'épreuve ou de l'entraînement et suivie d'un décès dans les 30 jours ;
- d'une rupture d'anévrisme provoquant le décès au moment de l'activité ou constatée par un médecin sur le lieu de l'épreuve ou de l'entraînement ;
- d'inoculations infectieuses dues aux piqûres d'insectes, aux morsures d'animaux ou à la chute dans l'eau ou dans un liquide infecté ;
- de l'empoisonnement causé par des produits alimentaires ou tous autres produits ingérés par erreur ou par suite de l'action criminelle d'un tiers.

Activités garanties

- Lors de la participation du licencié aux activités et manifestations sportives ou non, organisées par la FFC, ses comités et clubs, y compris pendant le temps aller et retour et lors de la participation aux épreuves ou manifestations sportives ou non, organisées par une fédération affiliée à l'UCI, ainsi qu'à l'occasion de manifestations figurant dans un calendrier mixte résultant d'une convention nationale avec des fédérations affinitaires, et l'ensemble des entraînements individuels.
- Lors de la pratique de la bicyclette dès que cet usage est prévu et/ou permis par la licence.
  Est exclu l'usage professionnel et utilitaire de la bicyclette.
- Dans l'exercice de sa fonction de dirigeant, entraîneur, éducateur, commissaire-arbitre, chronométreur, juge ou signaleur (art R.53 du Code de la route), pendant la durée de son activité, ainsi que lors des trajets.
- Pour le personnel fédéral, à l'occasion des déplacements effectués pour les besoins de la Fédération, dans le monde entier ; y compris au cours des transports terrestres, maritimes et aériens.
- Lors de la participation du participant occasionnel non-licencié pendant les épreuves et manifestations organisées par la FFC, ses comités régionaux, départementaux, clubs et groupements affiliés ou autorisés par la FFC.
- La participation du bénévole non-licencié à des activités sportives ou non, organisées par la FFC, ses comités régionaux, départementaux, clubs et groupements affiliés ou autorisés par la FFC.

Année d'assurance

La période comprise entre deux échéances annuelles de cotisation ; toutefois :

- au cas où la prise d'effet de la garantie est distincte de l'échéance annuelle, l'année d'assurance est la période comprise entre cette date de prise d'effet et la prochaine échéance annuelle ;
- au cas où la garantie prend fin entre deux échéances annuelles, la dernière année d'assurance est la période comprise entre la dernière date d'échéance annuelle et la date d'expiration du contrat.

Arrêt de travail

Certificat médical délivré par un médecin à l'Assuré, suite à la constatation que l'état de santé de l'assuré n'est pas compatible avec la pratique de son activité sportive suite à accident

Assuré(s)

- Les Titulaires d'une licence FFC de toute nature (telle que Pass Accueil Jeune, Pass Découverte, Pass assistance, Licence Santé ou autre dénomination pouvant être créée, à compter du jour de l'enregistrement de la licence à 0 heure.
- Le personnel fédéral FFC, celui des Comités Régionaux et Départementaux.
- Les personnes qui exercent la fonction d'entraîneur, éducateur, commissaire-arbitre, chronométreur, juge ou signaleur (article A.331-38 du code du sport), pendant toute la durée de leur activité y compris le temps du trajet aller et retour.
- Les Sportifs de Haut Niveau de la Fédération Française de Cyclisme, inscrits sur la liste du Ministère des Sports.
- Les participants occasionnels non-licenciés ou les bénévoles non-licenciés.

Assureur

AXA FRANCE IARD, société anonyme de droit français, au capital de 214.799.030 euros immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 722 057 460 et dont le siège social est situé 313, Terrasses de l'Arche - 92727 NANTERRE CEDEX

Autorité médicale

Toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où se trouve l'Assuré.

Barème d'invalidité

Les Invalidités Permanentes seront réglées en évaluant les taux d'infirmités par référence au barème Accidents du Travail tel que prévu au Code de la Sécurité Sociale.

Bénéficiaire

En cas de décès de l'Assuré, la personne qu'il a désignée et dont l'identité a été communiquée à l'Assureur.

En l'absence de désignation de bénéficiaire, et par parts égales :

- d'une part, à son conjoint non divorcé ou séparé de corps judiciairement, ou à son partenaire avec lequel il est lié par un Pacte civil de solidarité, ou à son concubin notoirement reconnu ;
- d'autre part, à ses enfants nés ou à naître et à ceux de son conjoint s'il en avait la charge ;

À défaut, par ordre prioritaire :

- par parts égales, à son père ou à sa mère ou au survivant d'entre- eux ;
- à défaut, aux ayants droit selon la dévolution successorale.

Lorsque la présence d'un enfant à charge donne lieu à la majoration du capital, celle-ci lui est versée ou à son représentant légal s'il ne dispose pas de la capacité juridique.

- L'Assuré, pour les autres prestations.

Coma

État caractérisé par la perte des fonctions de relation (conscience, mobilité, sensibilité) avec conservation de la vie végétative (respiration, circulation) déclaré par une Autorité médicale habilitée à exercer ses fonctions en France.

Consolidation

Moment à partir duquel l'état du blessé ou du malade est considéré comme permanent et présumé définitif, tel qu'un traitement n'est plus nécessaire et qu'il devient possible d'apprécier un certain degré d'incapacité fonctionnelle permanente réalisant un préjudice

Déchéance

Perte de son droit à garantie en cas de non-respect par l'Assuré de ses obligations après survenance d'un sinistre.

Enfant à charge

Les enfants de l'Assuré, reconnus, recueillis ou adoptifs, non mariés âgés de moins de 18 ans s'ils sont à la charge fiscale de leurs parents. Les enfants de moins de 25 ans effectuant des études secondaires ou supérieurs ou une formation en alternance et à charge fiscalement seront considérés comme à la charge de leurs parents.

Etat préexistant

Etat de santé qui est déjà connue au moment de la souscription du contrat ou de l'entrée en vigueur du contrat.

Frais médicaux à la suite d'accident garanti

Frais médicaux engagés en France sur prescription médicale les frais médicaux, pharmaceutiques, chirurgicaux et d'hospitalisation engagés sur prescriptions médicales.

Frais de recherche et de secours **à la suite d'accident garanti**

Les frais de recherches et de sauvetage, résultant d'opérations effectuées par des organismes de secours publics ou privés pour retrouver l'Assuré égaré en un lieu dépourvu de moyens de secours autres que ceux pouvant être apportés par les sauveteurs.

Frais de transport à la suite d'accident garanti

Les frais de transport de l'Assuré accidenté jusqu'au lieu où il pourrait recevoir les premiers soins d'urgence que nécessite son état, en l'absence de prestations reçues par l'Assuré au titre d'un régime de frais de santé collectif ou de protection sociale ; à défaut le remboursement se limite à la différence entre les dépenses réellement engagées et dûment justifiées, et ces prestations.

Franchise

Somme ou période qui reste à la charge de l'Assuré. Elle peut s'exprimer en euros, en pourcentage ou en jours.

Franchise absolue

L'Assuré ne reçoit aucune indemnité si le sinistre est inférieur ou égal à la franchise. Si le sinistre est supérieur à la franchise, celle-ci sera déduite de l'indemnité.

Franchise relative

L'Assuré ne reçoit aucune indemnité si le sinistre est inférieur ou égal à la franchise. Par contre, il sera indemnisé sans déduction de la franchise, si le sinistre dépasse celle-ci.

Incapacité temporaire totale de travail à la suite d'accident garanti

État de santé médicalement constaté, obligeant l'assuré à arrêter totalement et temporairement, l'exercice de ses activités professionnelles suite à un accident survenu pendant la période de validité du contrat.

Invalidité permanente totale ou partielle **à la suite d'accident garanti**

Atteinte présumée définitive des capacités physiques ou mentales de l'Assuré, suite à un accident survenu pendant la période de validité du contrat.

Maladie

Toute altération de la santé de l'Assuré constatée par une Autorité médicale compétente.

Sinistre

Survenance d'un accident atteignant un Assuré et donnant lieu au versement d'un capital et/ou d'indemnités.

Sinistre collectif

Ensemble des réclamations formulées à l'Assureur par des bénéficiaires différents, à partir du moment où ces réclamations sont consécutives à un seul et même fait générateur.

Lorsqu'un même fait générateur affecte plusieurs Assurés et que le total des indemnités dues dépasse la limite de garantie pour sinistre collectif, l'Assureur effectue entre les bénéficiaires une répartition proportionnelle, sans qu'aucune préférence ne soit accordée, ni à l'ordre de présentation des réclamations, ni à l'une des catégories d'indemnités assurées.

Toutefois, pour cette répartition, il n'est tenu compte que des seules réclamations présentées à l'Assureur dans le délai de deux ans après la date de l'accident. En cas de contestation, il est procédé, par les soins du Président du Tribunal de Grande Instance compétent, à la désignation d'un amiable compositeur chargé de veiller ou de procéder lui-même, le cas échéant, à cette répartition proportionnelle.

Souscripteur

La Fédération Française de Cyclisme qui signe le contrat et s'engage à acquitter les cotisations.

Usage utilitaire

Utilisation d'une bicyclette en dehors d'une activité de loisir sportif de cyclisme, pour des déplacements privés, sauf trajet aller-retour dans le cadre des activités garanties telles que définies à l'article 1 de la présente Notice d'information valant Conditions Générales.

Usage professionnel

Utilisation d'une bicyclette pour effectuer des déplacements professionnels et/ou exercer son activité professionnelle, sauf trajet aller-retour dans le cadre des activités garanties telles que définies à l'article 1 de la présente Notice d'information valant Conditions Générales.

2. Objet du contrat

Le présent contrat a pour objet de garantir, au(x) bénéficiaire(s), le paiement d'indemnités et/ou d'un capital, en cas de réalisation des risques suivants, atteignant l'Assuré pendant la durée du contrat et dans les limites et conditions de ce dernier dans le cadre des activités garanties.

3. Garanties et montant des garanties

Les garanties de base et complémentaires (options) et les montants des garanties applicables sont ceux indiqués dans les tableaux ci-après.

Les garanties de base sont acquises à l'Assuré lorsqu'elles sont souscrites au moment de la prise de Licence et les garanties complémentaires sont acquises à l'Assuré lorsqu'elles sont souscrites au Bulletin Individuel d'Adhésion Facultative.

3.1. Tableau des garanties de base

Les garanties de base et le montant des garanties de base applicables sont ceux indiqués dans le tableau ci-après :

DÉCÈS ACCIDENTEL GARANTI

MONTANTS DES GARANTIES	
LICENCIÉS HORS SPORTIFS DE HAUT NIVEAU	SPORTIFS DE HAUT NIVEAU
15 000 €	**20 000 €**
- Capital majoré de **5 000 €** si l'Assuré est marié, lié par un Pacte Civil de Solidarité ou vivant en concubinage - Capital majoré de **5 000 €** par enfant à charge	
FRANCHISE : Néant	

COMA À LA SUITE D'ACCIDENT GARANTI

MONTANTS DES GARANTIES	
LICENCIÉS HORS SPORTIFS DE HAUT NIVEAU	SPORTIFS DE HAUT NIVEAU
10 % du capital décès par semaine de coma, dans la limite de 100% du capital décès (hors majoration)	
FRANCHISE : 10 jours consécutifs	

INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE À LA SUITE D'ACCIDENT GARANTI (1)

MONTANTS DES GARANTIES	
LICENCIÉS HORS SPORTIFS DE HAUT NIVEAU	SPORTIFS DE HAUT NIVEAU
Taux d'invalidité : - compris entre 0% et 9% : pas d'indemnisation - compris entre 10% et 19% : **50 000 € x taux d'IP** (indemnisation dès le 1er pourcentage) - compris entre 20% et 34% : **70 000 € x taux d'IP** - compris entre 35% et 49% : **100 000 € x taux d'IP** - compris entre 50% et 65% : **300 000 € x taux d'IP** - compris entre 66% et 100% : **350 000 € x le taux d'IP** - compris entre 66% et 100 % (avec nécessité d'une tierce personne) : **500 000 € x taux d'IP**	Taux d'invalidité : - compris entre 0% et 9% : pas d'indemnisation - compris entre 10% et 19% : **50 000 € x taux d'IP** (indemnisation dès le 1er pourcentage) - compris entre 20% et 34% : **70 000 € x taux d'IP** - compris entre 35% et 49% : **100 000 € x taux d'IP** - compris entre 50% et 65% : **300 000 € x taux d'IP** - compris entre 66% et 100% : **350 000 € x le taux d'IP** - compris entre 66% et 100 % (avec nécessité d'une tierce personne) : **1 000 000 € x taux d'IP**
FRANCHISE : Relative 9%	

(1) A partir du 68ème anniversaire de l'Assuré, lorsque le taux d'invalidité est supérieur à 49%, le capital est réduit selon les proportions prévues dans le tableau suivant :

67 ans	68 ans	69 ans	70 ans	71 ans	72 ans	73 ans	74 ans	75 ans et +
100%	90%	80%	70%	60%	50%	40%	30%	20%

FRAIS MÉDICAUX ENGAGÉS EN FRANCE MÉTROPOLITAINE UNIQUEMENT ET À LA SUITE D'ACCIDENT GARANTI (2)

MONTANTS DES GARANTIES	
LICENCIÉS HORS SPORTIFS DE HAUT NIVEAU	SPORTIFS DE HAUT NIVEAU
Dans la limite de 5 000 € ET DONT :	
Soins prescrits médicalement non pris en charge par la Sécurité Sociale : dans la **limite de 200 € par accident**	
Frais pour les Assurés qui ne bénéficient pas de la Sécurité Sociale : dans la limite **de 200 € par accident**	
Soins dentaires et prothèses : **dans la limite de 500 € par accident**	
Bris de lunettes ou lentilles correctrices : **dans la limite de 200 € par accident**	
Frais de premier transport (soit vers le domicile habituel soit vers le service hospitalier approprié le plus proche du domicile en France) : Frais réels dans **la limite de 500 € par accident**	Frais de premier transport (soit vers le domicile habituel soit vers le service hospitalier approprié le plus proche du domicile en France) : Frais réels dans la **limite de 3 000 € par accident**
FRANCHISE : Néant	

(2) Frais de traitement prescrits par un médecin, soumis ou non à remboursement de la Sécurité sociale, consécutifs à un accident garanti (après déduction des prestations versées par la Sécurité sociale et/ou assurances complémentaires de frais de santé lorsque l'Assuré bénéficie des régimes de protection sociale correspondants).

3.2. Tableau des garanties complémentaires optionnelles (options aux choix)

L'adhésion aux garanties complémentaires optionnelles est réservée aux Licenciés bénéficiant des garanties de base (hors Sportifs de Haut Niveau).

Les garanties complémentaires optionnelles viennent en complément des garanties de base.

Les garanties complémentaires optionnelles et le montant des garanties complémentaires optionnelles applicables sont ceux indiqués dans le tableau ci-après :

DÉCÈS ACCIDENTEL GARANTI

MONTANTS DES GARANTIES		
Option BRONZE	Option ARGENT(1)	Option OR(2)
35 000 €	**25 000 €**	**35 000 €**
Franchise : Néant		

INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE À LA SUITE D'ACCIDENT GARANTI

MONTANTS DES GARANTIES		
Option BRONZE	Option ARGENT(1)	Option OR(2)
70 000 € x taux d'IP	**50 000 € x taux d'IP**	**70 000 € x taux d'IP**
Franchise : Relative 9%		

INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL À LA SUITE D'ACCIDENT GARANTI

MONTANTS DES GARANTIES		
Option BRONZE	Option ARGENT(1)	Option OR(2)
Néant	Indemnités journalières : **10 €** par jour et au maximum pendant 180 jours En cas d'hospitalisation : Indemnités journalières supplémentaires : **10 €** par jour pendant la durée de l'hospitalisation et au maximum pendant 180 jours	Indemnités journalières : **15 €** par jour et au maximum pendant 180 jours En cas d'hospitalisation : Indemnités journalières supplémentaires : **10 €** par jour pendant la durée de l'hospitalisation et au maximum pendant 180 jours
Franchise : 14 jours d'arrêts (intervention à compter du 15ème jour)		

FRAIS MÉDICAUX ENGAGÉS EN FRANCE MÉTROPOLITAINE UNIQUEMENT ET À LA SUITE D'ACCIDENT GARANTI (3)

MONTANTS DES GARANTIES		
Option BRONZE	Option ARGENT(1)	Option OR(2)
Néant	**+ 1 000 €** du plafond de la garantie de base	**+ 2 000 €** du plafond de la garantie de base
Franchise : Néant		

REMBOURSEMENT AU PRORATA DE LA COTISATION AU CLUB EN CAS D'ARRÊT DE LA PRATIQUE CYCLISTE À LA SUITE D'ACCIDENT GARANTI

MONTANTS DES GARANTIES		
Option BRONZE	Option ARGENT(1)	Option OR(2)
Néant	Néant	Dans la limite de **200 €**
Franchise : **4 mois d'arrêts**		

(1) Option Argent :

L'Assureur verse à l'Assuré un forfait de 10 € par jour pendant tout le temps où, suite à un accident garanti, il est temporairement dans l'incapacité d'exercer son activité professionnelle.
Il perçoit en outre une somme complémentaire de 10 € par jour pendant la durée de l'hospitalisation.
Ces sommes seront versées pendant une durée maximum de 180 jours, à compter du 15ème jour suivant l'accident.

(2) Option Or :

L'Assureur verse à l'Assuré un forfait de 15 € par jour pendant tout le temps où, suite à un accident garanti, il est temporairement dans l'incapacité d'exercer son activité professionnelle.
Il perçoit en outre une somme complémentaire de 10 € par jour pendant la durée de l'hospitalisation.
Ces sommes seront versées pendant une durée maximum de 180 jours, à compter du 15ème jour suivant l'accident.

(3) Frais de traitement prescrits par un médecin, soumis ou non à remboursement de la Sécurité sociale, consécutifs à un accident garanti (après déduction des prestations versées par la Sécurité sociale et/ou assurances complémentaires de frais de santé lorsque l'Assuré bénéficie des régimes de protection sociale correspondants).

3.3. Tableau des garanties complémentaires pour les participants occasionnels non-licenciés, pour les bénévoles non-licenciés et pour les épreuves de masse (non-licenciés)

3.3.1. Participants occasionnels non-licenciés

DÉCÈS ACCIDENTEL GARANTI

MONTANTS DES GARANTIES	
OPTION 1	OPTION 2
10 000 €	
- Capital majoré de **5 000 €** si l'Assuré est marié, lié par un Pacte Civil de Solidarité ou vivant en concubinage - Capital majoré de **5 000 €** par enfant à charge	
Franchise : Néant	

INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE À LA SUITE D'ACCIDENT GARANTI

MONTANTS DES GARANTIES	
OPTION 1	OPTION 2
100 **000 € x taux d'IP**	300 **000 € x taux d'IP**
Franchise : Relative 9%	

FRAIS MÉDICAUX ENGAGÉS EN FRANCE MÉTROPOLITAINE UNIQUEMENT
ET À LA SUITE D'ACCIDENT GARANTI (1)

MONTANTS DES GARANTIES	
OPTION 1	OPTION 2
Frais pharmaceutiques, chirurgicaux, d'hospitalisation, forfait journalier et frais de premier transport (soit vers le domicile habituel soit vers le service hospitalier approprié le plus proche du domicile en France) : 150% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale Soins prescrits médicalement non pris en charge par la Sécurité Sociale : dans la **limite de 200 € par accident** Frais pour les Assurés qui ne bénéficient pas de la Sécurité Sociale : dans la limite **de 200 € par accident** Soins et prothèses dentaires : **dans la limite de 500 € par accident** Bris de lunettes ou lentilles correctrices : **dans la limite de 200 € par accident**	
Franchise : Néant	

(1) Frais de traitement prescrits par un médecin, soumis ou non à remboursement de la Sécurité sociale, consécutifs à un accident garanti (après déduction des prestations versées par la Sécurité sociale et/ou assurances complémentaires de frais de santé lorsque l'Assuré bénéficie des régimes de protection sociale correspondants).

3.3.2. Bénévoles non-licenciés

DÉCÈS ACCIDENTEL GARANTI

MONTANTS DES GARANTIES		
OPTION 1	OPTION 2	OPTION PERTE DE REVENUS
10 **000 €**		
- Capital majoré de **5 000 €** si l'Assuré est marié, lié par un Pacte Civil de Solidarité ou vivant en concubinage - Capital majoré de **5 000 €** par enfant à charge		
Franchise : Néant		

INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE À LA SUITE D'ACCIDENT GARANTI

MONTANTS DES GARANTIES		
OPTION 1	OPTION 2	OPTION PERTE DE REVENUS
100 **000 € x taux d'IP**	300 **000 € x taux d'IP**	
Franchise : Relative 9%		

FRAIS MÉDICAUX ENGAGÉS EN FRANCE MÉTROPOLITAINE UNIQUEMENT
ET À LA SUITE D'ACCIDENT GARANTI (1)

MONTANTS DES GARANTIES		
OPTION 1	OPTION 2	OPTION PERTE DE REVENUS
Frais pharmaceutiques, chirurgicaux, d'hospitalisation, forfait journalier et frais de premier transport (soit vers le domicile habituel soit vers le service hospitalier approprié le plus proche du domicile en France) : 150% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale Soins prescrits médicalement non pris en charge par la Sécurité Sociale : **dans la limite de 200 € par accident** Soins prescrits médicalement non pris en charge par la Sécurité Sociale : **dans la limite de 200 € par accident** Frais pour les Assurés qui ne bénéficient pas de la Sécurité Sociale : **dans la limite de 200 € par accident** Soins et prothèses dentaires : **dans la limite de 500 € par accident** Bris de lunettes ou lentilles correctrices : dans la limite de 200 **€ par accident**		
Franchise : Néant		

(1) Frais de traitement prescrits par un médecin, soumis ou non à remboursement de la Sécurité sociale, consécutifs à un accident garanti (après déduction des prestations versées par la Sécurité sociale et/ou assurances complémentaires de frais de santé lorsque l'Assuré bénéficie des régimes de protection sociale correspondants).

PERTE DE REVENUS (2)
Indemnités Journalières en cas de perte de salaire ou de revenus dûment **justifiée**

MONTANTS DES GARANTIES		
OPTION 1	OPTION 2	OPTION PERTE DE REVENUS
		10 € par jour et au maximum pendant 180 jours
14 jours d'arrêts (intervention à compter du 15ème jour)		

(2) La perte de salaire ou de revenus est la différence entre le revenu net mensuel du dernier avis d'imposition au jour de l'accident et le revenu de remplacement mensuel (indemnités journalières de la sécurité sociale, employeur ou toute prestation d'organisme complémentaire) perçu pendant la période d'incapacité.

3.3.3. Épreuve de masse (300 personnes minimum)

GARANTIES	MONTANTS DES GARANTIES	FRANCHISE
DÉCÈS ACCIDENTEL GARANTI	5 **000 €**	Néant
INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE À LA SUITE D'ACCIDENT GARANTI	25 **000 € x taux d'IP**	Relative 9%
FRAIS MÉDICAUX ENGAGÉS EN FRANCE MÉTROPOLITAINE UNIQUEMENT ET À LA SUITE D'ACCIDENT GARANTI (1)	**1 500 €**	Néant
FRAIS DE RECHERCHE ET DE SECOURS	**10 000 €**	Néant

4. Évènements garantis

L'Assureur s'engage à verser les indemnités indiquées au tableau de garanties à l'article 3 de la présente Notice d'information valant Conditions Générales en cas d'accident garanti dont l'Assuré serait victime, dans le cadre des activités garanties.

4.1. Décès accidentel garanti

Lorsqu'un Assuré est victime d'un accident et décède de ses suites dans les 12 mois de sa survenance, l'Assureur verse au(x) bénéficiaire(s) la somme indiquée au tableau de garanties à l'article 3 de la présente Notice d'information valant Conditions Générales.

Pour les mineurs de moins de 12 ans, les majeurs en tutelle et les personnes placées dans un établissement psychiatrique d'hospitalisation, l'indemnité versée sera limitée au remboursement, sur justificatifs, des frais d'obsèques à concurrence du capital indiqué au tableau de garanties à **l'article 3 de la présente Notice d'information valant Conditions** Générales, conformément aux dispositions de l'article L.132-3 du Code des assurances.

Dispositions particulières en cas de disparition **de l'Assuré :**

Si le corps de l'Assuré n'a pas été retrouvé à la suite d'un accident d'avion, d'un naufrage, de la destruction d'un moyen de transport public ou la disparition du moyen de transport public utilisé, et si aucune nouvelle n'a été reçue de l'Assuré, des autres passagers ou des membres d'équipage dans les douze mois qui suivent, alors il sera présumé que l'Assuré aura péri des suites de cet évènement. Le capital pourra être versé avant l'expiration du délai de douze mois sur présentation d'un jugement déclaratif de décès.

4.2. Coma à **la suite d'accident garanti**

Lorsqu'un Assuré est victime d'un accident garanti et qu'il est médicalement établi qu'il demeure dans un état de coma au-delà de 10 jours consécutifs, l'Assureur versera à l'Assuré le pourcentage du capital fixé au tableau de garanties à l'article 3 de la présente Notice d'information valant Conditions Générales.

4.3. **Invalidité permanente totale ou partielle à la suite d'accident** garanti

Lorsqu'un Assuré est victime d'un accident au cours des activités garanties et qu'il est établi qu'il reste invalide de ses suites, partiellement ou totalement, l'Assureur verse à l'Assuré la somme obtenue en multipliant le capital par le taux d'invalidité du barème Accidents du Travail du Code de la Sécurité Sociale, et tel qu'indiqué au tableau de garanties à l'article 3 de la présente Notice d'information valant Conditions Générales.

A partir du 68ème anniversaire de l'assuré, lorsque le taux d'invalidité est supérieur à 49%, le capital est réduit selon les proportions prévues dans le tableau suivant :

67 ans	68 ans	69 ans	70 ans	71 ans	72 ans	73 ans	74 ans	75 ans et +
100%	90%	80%	70%	60%	50%	40%	30%	20%

Le degré d'invalidité est fixé dès qu'il y a consolidation de l'état de l'Assuré et au plus tard à l'expiration d'un délai de 3 ans à partir de la date de l'accident.

Pour les cas d'invalidité non prévus au barème, les taux sont fixés par comparaison de leur gravité avec des cas énumérés dans le barème.

Les taux d'invalidité sont fixés en dehors de toute considération professionnelle ou scolaire ou en dehors de tout état préexistant.

La perte anatomique de membres ou d'organes déjà perdus fonctionnellement avant l'accident ne peut donner lieu à indemnisation.

Les lésions aux membres ou organes déjà invalides avant l'accident ne sont indemnisées que par différence entre l'état avant et après l'accident.

L'évaluation des lésions à un membre ou organe ne peut être influencée par l'état d'invalidité préexistant d'un autre membre ou organe.

Si plusieurs membres ou organes sont atteints par le même accident, les taux d'invalidité se cumuleront sans pouvoir dépasser 100%.

En cas de décès accidentel avant consolidation de l'invalidité, seul le capital prévu en cas de décès sera versé déduction faite éventuellement des sommes qui auraient pu être avancées au titre de l'invalidité. **Il n'y a pas cumul des garanties décès et invalidité lorsqu'elles résultent d'un** même évènement.

4.3. Frais médicaux **à la suite d'accident** garanti

L'Assureur s'engage à rembourser à l'Assuré, jusqu'à concurrence des montants indiqués au tableau de garanties à l'article 3 de la présente Notice d'information valant Conditions Générales, des frais médicaux prescrits par un médecin, soumis ou non à remboursement de la Sécurité sociale, consécutifs à un accident garanti (après déduction des prestations versées par la Sécurité sociale et/ou assurances complémentaires de frais santé lorsque l'Assuré bénéficie des régimes de protection sociale correspondants).

4.4. **Frais de transport à la suite d'accident garanti**

L'Assureur s'engage à rembourser à l'Assuré, jusqu'à concurrence du montant indiqué au tableau de garanties à l'article 3 de la présente Notice d'information valant Conditions Générales, des frais de transport consécutifs à un accident garanti, jusqu'au lieu où l'Assuré pourrait recevoir les premiers soins d'urgence que nécessite son état, en l'absence de prestations reçues par l'Assuré au titre d'un régime de frais de santé collectif ou de protection sociale ; à défaut le remboursement se limite à la différence entre les dépenses réellement engagées et dûment justifiées, et ces prestations.

4.5. Incapacité temporaire totale de travail à la suite d'accident garanti

4.5.1 Indemnités journalières

Si à la suite d'un accident garanti, l'Assuré est atteint d'une incapacité temporaire totale de travail entraînant une interruption d'activité professionnelle, l'Assureur lui versera l'indemnité journalière dont le montant est indiqué au tableau de garanties à l'article 3 de la présente Notice d'information valant Conditions Générales, par jour d'arrêt de travail prescrit médicalement.

L'indemnité journalière sera versée mensuellement à terme échu à l'issue d'une période non indemnisée appelée franchise. Le versement de l'indemnité cessera au jour de la guérison ou de la consolidation et au maximum, jusqu'au 365e jour suivant l'arrêt.

La franchise dont le nombre de jours est indiqué au tableau de garanties à l'article 3 de la présente Notice d'information valant Conditions Générales est décomptée à partir du premier jour d'arrêt d'activité.

Toute possibilité de reprise partielle de l'activité professionnelle de l'Assuré entraîne une réduction des prestations de 50 %.

Toute reprise totale d'activité professionnelle entraîne l'arrêt de la prestation.

En cas de rechute dans les 90 jours suivant la reprise d'activité, le versement de l'indemnité journalière sera repris sans franchise et sans que le nombre total de journées d'incapacité indemnisées soit supérieur au maximum prévu.

Pour un même accident, tout nouvel arrêt au-delà des 90 jours suivant la reprise d'activité, entraînera une nouvelle application de la franchise.

4.5.2. Remboursement proratisé du montant de la cotisation FFC

Si à la suite d'un accident garanti, l'Assuré est atteint d'une incapacité temporaire de travail entraînant une interruption de sa pratique cycliste, et à l'issue d'une période non indemnisée appelée franchise, l'Assureur s'engage à rembourser à l'Assuré, jusqu'à concurrence du montant indiqué au tableau de garanties à l'article 3 de la présente Notice d'information valant Conditions Générales, la cotisation réglée au club affilié à la FFC au *prorata temporis*.

La franchise dont le nombre de mois est indiqué au tableau des garanties à l'article 3 de la présente Notice d'information valant Conditions Générales est décomptée à partir du premier jour d'arrêt d'activité.

5. **Engagement maximum de l'Assureur**

L'engagement maximum de l'Assureur ne pourra être supérieur à 10 000 000 **€** pour un même événement, quel que soit le nombre d'assurés victimes de cet accident.

Eventuellement, les capitaux garantis par Assuré devront subir une réduction de coefficient identique pour tous les assurés impliqués dans un même accident et/ou événement, de telle sorte que le cumul des capitaux assurés n'excède pas le maximum indiqué ci-dessus. C'est ce capital réduit qui servira de base au règlement de l'indemnité relative à chaque Assuré.

L'engagement maximum de l'Assureur est fixé à 10 000 000 **€ par sinistre et par année d'assurance**.

6. Non-cumul de la garantie responsabilité civile et individuelle accidents

Lorsqu'un sinistre met en jeu à la fois la garantie du contrat RESPONSABILITE CIVILE et la garantie du contrat **INDIVIDUELLE ACCIDENTS au profit d'une même victime,** celle-ci percevra exclusivement, sans cumul possible, la plus élevée des indemnités résultant **de l'une ou l'autre des garanties, les premiers règlements effectués au titre de l'une d'elles ayant un caractère d'avance à valoir sur le règlement** définitif.

Si l'accident ne met pas en jeu la garantie responsabilité civile, la victime percevra la seule indemnité prévue au titre de la garantie individuelle accidents.

7. Exclusions

SONT EXCLUES DE L'ASSURANCE LES CONSÉQUENCES :

- La maladie,
- Les accidents causés ou provoqués intentionnellement par **l'Assuré du contrat,**
- **Les accidents causés par l'usage de stupéfiants et de produits** toxiques non ordonnés médicalement,
- **Les conséquences d'accident résultant :**
  - de tout combustible nucléaire, produit ou déchet radioactif ;
  - de tout engin destiné à irradier ou à exploser par modification du noyau de l'atome, ainsi
  - que de leur décontamination ;
  - **de l'action directe ou indirecte de tout agent biologique ;**
- **Les conséquences d'attentat ou d'acte de terrorisme utilisant** directement ou indirectement toute arme ou toute matière **radioactive, d'origine chimique ou d'origine bactériologique ou** virale ;
- **Les accidents résultant d'éthylisme, d'ivresse manifeste ou s'il** est **révélé qu'au moment d'un Accident, l'Assuré** avait une alcoolémie égale ou supérieure à celle fixée par la réglementation française régissant la circulation automobile, **sauf s'il apporte** la **preuve de l'absence de relation de cause à effet.**

  Toutefois :
  - **Si l'accident survient dans un pays où la législation locale** est plus restrictive que la réglementation française, **l'alcoolémie maximale retenue sera celle fixée par la** législation locale.
  - **A l'inverse, si l'alcoolémie fixée par la réglementation locale** est supérieure à celle fixée par la législation française, **l'alcoolémie maximale autorisée sera celle fixée par la** réglementation française.
- **Les conséquences d'une syncope, d'une crise d'épilepsie, d'une embolie cérébrale ou d'une hémorragie méningée,**
- Les accidents résultant de la guerre civile ou étrangère. **L'assuré ou l'ayant droit doit prouver que le sinistre résulte d'un fait autre que le fait de guerre étrangère. Il appartient à l'assureur** de prouver que le sinistre résulte de la guerre civile,
- **Les accidents résultant de la pratique d'un sport à titre** professionnel autre que le cyclisme,
- **Les accidents résultant de l'usage professionnel d'une bicyclette. Cette exclusion n'est pas applicable aux sportifs**

professionnels lorsqu'ils pratiquent leur activité sportive à caractère professionnel,

▪ **Les accidents provenant de la participation de l'Assuré à une** rixe, sauf cas de légitime défense,

▪ Le suicide et la tentative de suicide survenant dans les deux ans **suivant la date d'entrée en garantie de l'Assuré,**

▪ Les accidents survenus hors compétition résultant du non-respect caractérisé du Code de la Route,

▪ Les accidents résultant de phénomènes naturels à caractère catastrophique,

▪ **Les accidents qui surviennent lorsque l'Assuré, au moment du** sinistre, ne porte pas son casque, sauf si les blessures sont sans **relation avec l'absence du casque,**

▪ **Les dommages résultant de l'usage professionnel (hors licencié professionnel), utilitaire et/ou de loisirs d'une bicyclette, hors** compétition et hors entraînement collectif, les garanties restent **acquises pour l'activité de loisir sportif dès lors que cet** usage est prévu et/ou permis par la licence souscrite,

▪ **Les dommages corporels occasionnés lors d'un accident de la** circulation dans lequel un véhicule terrestre à moteur est impliqué **et faisant l'objet de la procédure d'offre d'indemnisation prévue à l'article L. 211-9 du Code des assurances. Dans ce cas, l'As**sureur veille à faire aboutir le recours de la victime ou de ses proches dans le cadre de la garantie défense-recours. Toutefois, la **garantie décès n'est pas concerné par la présente exclusion et** reste acquise aux ayants droit, même en cas non-aboutissement du recours ;

▪ Les conséquences :

- **d'un traitement esthétique et/ou d'opération de chirurgie** esthétique non-consécutif à un accident garanti ;
- **de la participation active de l'Assuré à des émeutes,** mouvements populaires, actes de sabotage, crimes ou délits intentionnels, rixes sauf en cas de légitime défense, attentat, acte de terrorisme ;
- **d'accidents survenus avant la date d'entrée en garantie de l'Assuré ;**
- **d'un accident résultant de la navigation aérienne à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou** piloté par une personne ne possédant ni brevet, ni licence ou **titulaire d'un brevet ou d'une licence périmé.**

8. Territorialité

La garantie s'exerce pour les accidents survenus :

▪ Dans les États membres de l'Union Européenne, et dans l'Outre-Mer

▪ Dans le monde entier**, à l'exception des pays présentant des risques** pour les ressortissants étrangers et identifiés comme tels par la cellule de veille du Ministère des Affaires étrangères, à l'occasion de la participation de l'Assuré à des compétitions et épreuves sportives, à des expositions, congrès et colloques ainsi qu'à l'occasion de voyages ou séjours d'études, stages et missions, autorisées ou organisées par la FFC ou l'Union Cycliste Internationale, et dont la durée est inférieure à 90 jours consécutifs.

9. Déclaration des sinistres

9.1. Modalités de déclaration des sinistres

L'Assuré doit déclarer le sinistre à l'intermédiaire d'assurance gestionnaire MARSH dès qu'il en a connaissance et la possibilité. L'Assureur renonce à appliquer une déchéance de garantie pour déclaration tardive au-delà de 5 jours.

Lors de sa déclaration, l'Assuré doit indiquer la nature de la garantie souscrite et mise en jeu (garantie de base ou garantie complémentaire souscrite en option).

La déclaration peut se faire en ligne, sur le site dédié de l'intermédiaire d'assurance gestionnaire MARSH. Si l'Assuré souhaite procéder différemment, sa déclaration doit être établie selon le modèle-type fourni par l'intermédiaire d'assurance gestionnaire MARSH et doit être accompagnée des documents suivants :

- En cas de décès : un certificat de décès et le cas échéant, un certificat médical précisant le caractère accidentel du décès faisant un lien avec l'activité cycliste.
- En cas de blessures : l'attestation médicale initiale de constatation des blessures (reprise au verso de la déclaration d'accident individuel mise à sa disposition).
- En cas d'hospitalisation : un certificat précisant la date d'entrée et de sortie de l'hôpital.

Par la suite, l'Assuré doit fournir, en fonction des garanties souscrites :

- les éventuels certificats de prolongation, précisant les raisons et la durée de celle-ci ;
- les décomptes de Sécurité sociale et/ou de tout autre régime de frais de santé (seule la différence entre les frais médicaux garantis et ceux déjà remboursés étant prise en charge) ;
- un certificat d'arrêt de travail, un justificatif de perte de salaire délivré par l'employeur et un certificat de reprise de travail indiquant si la reprise est totale ou partielle (dans le cadre de la garantie incapacité temporaire) ;
- un certificat médical de consolidation (dans le cadre de la garantie invalidité permanente).

Une fois la consolidation des blessures acquise, l'Assureur procède à une expertise médicale pour déterminer le degré d'invalidité selon le barème Accidents du Travail tel que prévu au Code de la Sécurité Sociale.

En cas d'accidents de la circulation impliquant un véhicule terrestre à moteur, l'Assuré victime d'un dommage corporel est indemnisé en priorité par l'assureur impliqué dans l'accident, tenu de lui présenter une offre d'indemnisation dans le délai de 8 mois en application de l'article L. 211-9 du code des assurances.

Dans ce cas, l'Assureur n'intervient pas au titre de la garantie Individuelle accident, mais au titre de la garantie Défense Recours, pour assister la victime et veiller à ce que l'assureur du responsable (ou le fonds de garantie en cas de non-assurance) lui présente dans les délais requis une offre d'indemnisation portant sur tous les éléments indemnisables du préjudice.

9.2. Modalités de règlement des indemnités

Les indemnités sont payables en France et en euros comme suit :

Paiement du capital décès

Le capital décès est versé au(x) bénéficiaire(s), tels que définis à l'article 1 « Définitions » de la présente Notice d'information valant Conditions Générales et précisés au moment de la prise de Licence pour les garanties de base et sur le Bulletin Individuel d'Adhésion Facultative pour les garanties complémentaires, dès que l'Assureur a reçu, examiné et validé toutes les pièces reçues et éventuellement réclamées par celui-ci, dans un délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la totalité des pièces requises à l'analyse du sinistre décès.

Paiement du capital invalidité

Le degré d'invalidité est fixé dès qu'il y a consolidation de l'état de l'Assuré et au plus tard dans un délai de 3 ans à compter de la date de l'accident.

Le capital invalidité est versé à l'Assuré dès que l'Assureur a reçu, examiné et validé toutes les pièces reçues et éventuellement réclamées par celui-ci, dans un délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la totalité des pièces requises à l'analyse du sinistre.

En cas d'invalidité permanente, si l'accord des parties sur le taux d'invalidité définitif n'est pas intervenu ou si la consolidation n'est pas survenue à l'expiration d'un délai d'1 an à compter de la date de déclaration du sinistre, des acomptes peuvent être versés sur demande de l'Assuré.

Remboursement des frais médicaux

A réception des décomptes de Sécurité Sociale et/ou de tout autre régime de complémentaire santé l'Assureur évaluera la différence entre les frais garantis et ceux déjà remboursés.

L'indemnisation viendra, s'il y a lieu, en complément des indemnités ou prestations de même nature qui pourraient être allouées à l'Assuré, s'il est affilié à un régime obligatoire ou tout autre régime de complémentaire santé sans qu'il puisse percevoir au total un montant supérieur à celui de ses débours réels.

Versement des indemnités journalières

L'indemnité journalière sera versée mensuellement à terme échu à l'issue d'une période non indemnisée appelée franchise. Le versement de l'indemnité cessera au jour de la guérison ou de la consolidation et au maximum, jusqu'au 365e jour suivant l'arrêt.

La franchise dont le nombre de jours est indiqué au tableau de garanties à l'article 3 de la présente Notice d'information valant Conditions Générales est décomptée à partir du premier jour d'arrêt d'activité.

Toute possibilité de reprise partielle de l'activité professionnelle de l'assuré entraîne une réduction des prestations de 50 %.

Toute reprise totale d'activité professionnelle entraîne l'arrêt de la prestation.

En cas de rechute dans les 90 jours suivant la reprise d'activité, le versement de l'indemnité journalière sera repris sans franchise et sans que le nombre total de journées d'incapacité indemnisées soit supérieur au maximum prévu.

Pour un même accident, tout nouvel arrêt au-delà des 90 jours suivant la reprise d'activité, entraînera une nouvelle application de la franchise.

9.4. Arbitrage

Une expertise médicale peut s'avérer nécessaire pour constater l'état d'incapacité de travail ou d'invalidité permanente. Dans ce cas, les honoraires du médecin que l'Assureur charge de réaliser cette expertise, sont réglés par ses soins.

Les conclusions de l'expertise sont notifiées à l'Assuré par lettre recommandée avec accusé de réception. Elles peuvent conduire l'Assureur à cesser, à refuser ou à réduire le versement de ses prestations.

En cas de contestation d'ordre médical portant sur les causes ou les conséquences du sinistre, le différend est soumis à une expertise.

Chacune des parties désigne un médecin. Si les médecins ainsi désignés ne sont pas d'accord, ils s'adjoignent un troisième médecin ; les trois médecins opèrent alors en commun et à la majorité des voix.

Faute par l'une des parties de nommer son médecin ou par les deux médecins de s'entendre sur le choix du troisième, la désignation est effectuée par le Président du Tribunal de Grande Instance ou du Tribunal de Commerce du domicile du Souscripteur et/ou de l'Assuré.

Dans la troisième éventualité, la nomination a lieu sur simple requête de la partie la plus diligente, faite au plus tôt quinze jours après l'envoi, à l'autre partie, d'une lettre recommandée de mise en demeure avec avis de réception ; s'il y a lieu à désignation d'un troisième médecin, celle-ci est faite par le Président du Tribunal statuant en référé.

Chaque partie paie les frais et honoraires de son médecin et, s'il y a lieu, la moitié des honoraires du troisième médecin et les frais de sa nomination.

9.5. Subrogation

Les *frais médicaux*, les *indemnités journalières* et les *prestations d'invalidité* versés aux titres de la garantie Individuelle Accident ouvrent droit à recours contre les tiers responsables en application de l'article 29.3 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985, pour les frais médicaux, et en application de l'article 29.5 de ladite loi, pour les prestations d'invalidité et les indemnités journalières [(1)].

Si la personne indemnisée au titre de cette garantie exerce un recours contre tout tiers responsable, l'assureur peut exercer un recours subrogatoire, sur le fondement de l'article 30 de la loi précitée, et obtenir le remboursement des prestations versées, à due concurrence des postes de préjudice qu'elles réparent, à savoir :

- pour les frais médicaux, sur le poste de préjudice des Dépenses de santé actuelles,
- pour les indemnités journalières, sur les Pertes de gains professionnels actuelles,
- pour les prestations d'invalidité, sur les Pertes de gains professionnels futures et l'Incidence professionnelle et, le cas échéant, sur le Déficit fonctionnel permanent.

Le capital décès versé au titre de la garantie Individuelle Accident constitue une « avance sur indemnité » au sens de l'article 33, alinéa 3, de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985. L'assureur qui a versé un capital décès au bénéficiaire est donc subrogé dans ses droits et actions contre le tiers responsable. L'indemnité versée s'impute sur le solde subsistant de son préjudice économique (ou Perte de revenu des proches) après recours des tiers payeurs et, le cas échéant, sur son préjudice moral [(2)].

[(1)] les indemnités journalières de maladie et les prestations d'invalidité, même lorsqu'elles sont fixées indépendamment du préjudice, en fonction d'éléments prédéterminés, ouvrent droit à un recours subrogatoire « par détermination de la loi » contre la personne tenue à réparation ou son assureur (Cass. 2e civ., 12 juill. 2007, no 06-16.084, : Bull. civ. II, no 213 ; RGDA 2007 p. 830 ; Cass. 2e civ., 8 nov. 2007, no 06-19.744. : Bull. civ. II, no 245 ; Cass. 2e civ., 24 nov. 2011, no 10-13.458 : RGDA 2012, p. 358).

[(2)] le recours de l'assureur qui a versé à la victime une avance sur indemnité s'exerce non seulement sur le solde de la part d'indemnité réparant le préjudice économique de la victime ou de ses ayants droit et subsistant après paiement aux tiers prévus par l'article 29 de la loi du 5 juillet 1985, mais encore sur la part des indemnités de caractère personnel échappant au recours des tiers payeurs (Cass. 2e civ., 5 avr. 2007, no 04-19.098, RGDA 2007, p. 606).

10. Vie de **l'adhésion**

10.1. **Prise d'effet** et durée des garanties

Les garanties prévues par le programme de base prennent effet à compter du 01/01/2027.

Toutefois, les garanties de base souscrites au moment de la prise de Licence prennent effet :

- soit le jour de la réception, de la demande de Licence, par la FFC ou par le Comité Régional (pour les demandes directement délivrées par la FFC) ;
- soit le jour de la saisie de la demande sur Internet ou par tout autre moyen (pour les licences pouvant être obtenues par ce canal).

La période de validité de la Licence est fixée du 01/01 au 31/12 de **chaque année d'adhésion.** Toutefois, pour les souscriptions effectuées à partir du 01/09, les garanties seront acquises jusqu'au 31/12 de l'année suivante.

Pour les primo-souscriptions effectuées à partir du 01/09/2026, nouveaux licenciés selon les termes de la réglementation FFC, les **garanties seront acquises jusqu'au 31**/12/2027, et accordées par

l'Assureur attributaire du programme 2027-2030, pour la période du 01/09/2026 au 31/12/2026, sans perception de prime complémentaire.

Des garanties complémentaires à la garantie de base peuvent être **souscrites par les titulaires d'une licence de la FFC** (hors Sportifs de Haut Niveau).

Ces licenciés peuvent soit :

- souscrire en ligne sur le site du courtier gestionnaire,
- adresser au courtier gestionnaire, le bulletin d'adhésion « garanties complémentaires » dûment complété.

Des garanties complémentaires pour les participants occasionnels non-licenciés, pour les bénévoles non-licenciés et épreuves de masse peuvent être proposées, et peuvent être souscrites :

- Pour les participants occasionnels non-licenciés : exclusivement pendant la durée de l'épreuve ou la manifestation à laquelle a été admis le participant occasionnel, pour autant que le bulletin d'adhésion et le chèque de règlement provisionnel soient parvenus à MARSH 24 heures au moins avant l'épreuve.

En cas d'inscriptions supplémentaires le jour de l'épreuve, l'organisateur s'engage à transmettre à MARSH un bulletin d'adhésion et un chèque de règlement complémentaires.

- Pour les bénévoles non-licenciés : le jour de la réception par MARSH du Bulletin d'adhésion accompagné du chèque de règlement, et sont accordées jusqu'au 31/12 de l'année de souscription.

Cessation des garanties

Les garanties cessent à l'égard de l'Assuré en cas de réalisation du risque Décès ou d'Invalidité Permanente Totale ou en cas de non-renouvellement de la licence.

Droit aux prestations en cas de résiliation ou **d'expiration** du contrat

Les prestations cessent d'être dues à la date de prise d'effet de la résiliation lorsque le contrat fait l'objet d'une résiliation :

- par l'Assureur pour l'un des motifs suivants : non-paiement des cotisations, omission ou inexactitude dans les déclarations du risque à la souscription ou en cours de contrat,
- de plein droit en cas de retrait de l'agrément de l'Assureur.

Lorsque le contrat fait l'objet d'une résiliation pour un motif autre que ceux indiqués ci-dessus, les prestations sont dues jusqu'à la fin du traitement médical et au plus tard jusqu'à la consolidation.

10.2. Délai de renonciation

Fourniture à distance d'opérations d'assurance : constitue une fourniture d'opération d'assurance à distance, telle que définie par l'article L 112-2-1 du Code des Assurances, la fourniture d'opérations d'assurance auprès d'un Assuré, personne physique, qui agit en dehors de toute activité commerciale ou professionnelle, dans le cadre d'un système de vente ou de prestation de services à distance organisé par l'Assureur ou l'intermédiaire d'assurance qui, pour ce contrat, utilise exclusivement des techniques de communication à distance jusqu'à, y compris, la conclusion du contrat.

Il est précisé que, conformément aux dispositions de l'article L 112-2-1 du Code des Assurances, les règles concernant la fourniture d'opération d'assurance à distance :

- ne s'appliquent qu'au premier contrat, pour les contrats à durée déterminée suivis d'autres contrats de même nature, échelonnés dans le temps, sous condition que pas plus d'un an ne se soit écoulé entre deux contrats ;
- ne s'appliquent qu'en vue et lors de la conclusion du contrat initial, pour les contrats renouvelables par tacite reconduction.

Si le contrat a été conclu à la demande du souscripteur en utilisant une technique de communication à distance ne permettant pas la transmission des informations précontractuelles et contractuelles sur un support papier ou sur un autre support durable, l'assureur ou l'intermédiaire doit exécuter ses obligations de communication immédiatement après la conclusion du contrat.

L'Assuré, personne physique, qui conclut à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle un contrat à distance, est informé qu'il dispose d'un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus pour renoncer sur un support papier ou sur un autre support durable et ce, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalité.

Ce délai commence à courir soit à compter du jour de la signature des Conditions Particulières soit à compter du jour où le souscripteur reçoit les conditions contractuelles et les informations conformément à l'article L 121-20-11 du Code de la Consommation, si cette dernière date est postérieure à la première.

L'Assuré est informé que le contrat ne peut recevoir commencement d'exécution avant l'arrivée du terme de ce délai sans son accord.

L'Assuré, qui souhaite exercer son droit de renonciation dans les conditions susvisées, peut utiliser le modèle de lettre, inséré dans les présentes, dûment complété par ses soins :

« Je soussigné [Nom – Prénom], demeurant [Adresse du souscripteur], déclare renoncer, en application des dispositions de l'article L 112-2-1 du Code des Assurances, au contrat d'assurance [Numéro du contrat], souscrit le [Date de la signature des Conditions Particulières], par l'intermédiaire de [Nom de l'intermédiaire ayant commercialisé le contrat].

Date [À compléter] Signature [Assuré] »

À cet égard, l'Assuré est informé que, s'il exerce son droit de renonciation, il sera tenu au paiement proportionnel du service financier effectivement fourni, à l'exclusion de toute pénalité, soit un montant calculé selon la règle suivante : (montant de la cotisation annuelle figurant aux Conditions Particulières du contrat) x (nombre de jours garantis) /365.

Par dérogation, ce droit de renonciation ne s'applique pas :

- aux polices d'assurance voyage ou bagage ou aux polices similaires à court terme d'une durée inférieure à un mois ;
- aux contrats d'assurance de responsabilité civile des Véhicules Terrestres à Moteur ;
- aux contrats exécutés intégralement par les deux parties à la demande expresse du souscripteur avant que ce dernier n'exerce son droit de renonciation.

11. Vie du contrat

11.1. Obligations du Souscripteur en cours de contrat

À la souscription du contrat

Le Souscripteur doit déclarer exactement, sous peine des sanctions prévues aux articles L 113-8 (nullité du contrat) et L 113-9 (réduction des indemnités) du Code des assurances, toutes les circonstances connues de lui et qui sont de nature à faire apprécier par l'Assureur les risques qu'il doit prendre en charge.

En cours de contrat

Le Souscripteur est obligé de déclarer, en cours de contrat, les circonstances nouvelles qui ont pour conséquence soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux et rendent de ce fait inexactes ou caduques les réponses faites à l'Assureur.

Le Souscripteur doit, par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique, déclarer ces circonstances à l'Assureur dans un délai de 15 jours à partir du moment où il en a eu connaissance.

Lorsque cette modification constitue une aggravation du risque au sens où si les circonstances nouvelles avaient été déclarées lors de la conclusion ou du renouvellement du contrat, l'Assureur n'aurait pas contracté ou ne l'aurait

fait que moyennant une prime plus élevée (article L 113-4 du Code des assurances).

L'Assureur peut proposer :

- soit augmentation de cotisation. Si dans un délai de 30 jours à compter de la proposition de l'Assureur, le Souscripteur refuse cette proposition ou ne lui donne pas suite, l'Assureur peut résilier le contrat ;

- soit résilier le contrat. L'Assureur rembourse au Souscripteur la portion de cotisation afférente à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru. La résiliation prend effet 10 jours après notification au Souscripteur. Lorsque cette modification constitue une diminution du risque, le Souscripteur a droit à une diminution du montant de la cotisation. Si l'Assureur n'y consent pas, le Souscripteur peut dénoncer le contrat. La résiliation prend effet 30 jours après la dénonciation et l'Assureur rembourse au Souscripteur la portion de cotisation afférente à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru.

11.2. Résiliation du contrat

Comment résilier ?

- Par l'Assureur : lettre recommandée adressée à votre dernière adresse connue

- Par le Souscripteur : soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'Assureur, soit par acte extrajudiciaire, soit par lettre ou tout support durable, soit par le même mode de communication à distance utilisé pour la souscription du contrat, soit par tout autre moyen indiqué dans la police. Le destinataire confirme par écrit la bonne réception de la notification.

Dans quelles circonstances ?

1/ Par l'Assureur

- Lorsque l'Assuré a souscrit à des fins professionnelles, l'Assureur peut résilier dans les conditions prévues à l'article L113-14 du Code des assurances en respectant le délai de préavis prévu au contrat

- **En cas de changement de situation de l'Assuré** (art L113-16 et R113-6 du Code des assurances). La résiliation doit être effectuée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception

- En cas de non-paiement de la prime (art L113-3 du Code des assurances)
  Toutefois, avant d'envoyer la mise en demeure de payer prévue par ce texte, l'Assureur s'engage à entrer en négociation en vue d'obtenir un règlement amiable de la cotisation.
  En cas de résiliation en cours de période d'assurance, la portion de cotisation correspondant à la période postérieure à la résiliation est remboursée au Souscripteur.

- **En cas d'aggravation du risque (art L113**-4 du Code des assurances)

- **En cas d'omission ou inexactitude dans la déclaration du risque à la** souscription ou en cours de contrat (art L113-9 du Code des assurances)

2/ Par le Souscripteur

- **A l'échéance annuelle (art L113**-12 du Code des assurances) en respectant le délai de préavis du contrat

- En cas de hausse des cotisations

- **En cas de changement de situation de l'Assuré (art L113**-16 et R113-6 du Code des assurances)

- **En cas de diminution du risque si l'Assureur ne consent pas à la** réduction de cotisation correspondante (art L113-4 du Code des assurances)

- **En cas de résiliation par l'Assureur d'un autre contrat après sinistre** (art R113-10 et A 211-1-2 du Code des assurances)

- **En cas de transfert de portefeuille de l'Assureur (art L324**-1 du Code des assurances)

3/ Par l'héritier, l'acquéreur d'une part, ou l'assureur d'autre part

- En cas de décès ou transfert de propriété d'une chose (art L121-10 du Code des assurances)

4/ Par l'administrateur ou le liquidateur judiciaire

En cas d'ouverture d'une procédure de sauvegarde, redressement judiciaire ou liquidation judiciaire (art L622-13, L631-14 et L641-11-1 du Code de commerce)

5/ De plein droit

- En cas de perte totale de la chose résultant d'un évènement non garanti (art L121-9 du Code des assurances)

- En cas de retrait d'agrément ou liquidation judiciaire de l'Assureur (art L326-12 et L113-6 du Code des assurances)

- En cas de réquisition de propriété des biens assurés (art L160-6 et R160-9 du Code des assurances)

12. Cotisation

La cotisation d'assurance est indiquée au moment de la prise de Licence pour les garanties de base et au Bulletin Individuel d'Adhésion pour les garanties complémentaires.

La cotisation est payable par l'Assuré au moment de la prise de Licence pour les garanties de base et à la signature du Bulletin Individuel d'Adhésion pour les garanties complémentaires.

13. **Contrôle de l'**Assureur

Dans tous les cas et à toute époque l'Assureur se réserve le droit de nommer le médecin expert de son choix, lequel aura pour mission de constater que l'état de santé de l'Assuré rentre effectivement dans le cadre des garanties définies au contrat. Le médecin mandaté par l'Assureur devra avoir libre accès auprès de l'Assuré et pourra se faire communiquer les documents qu'il jugera nécessaires.

À défaut, **l'Assuré** se trouvera déchu de tout droit à indemnité.

Il est bien entendu que les décisions prises par la Sécurité Sociale et les certificats médicaux nécessaires à la mise en œuvre des garanties sont inopposables à l'Assureur.

14. Déchéance

Si l'Assuré fait sciemment de fausses déclarations sur la nature et les clauses, circonstances et conséquences d'un sinistre, une déchéance de garantie pourra lui être opposée pour la totalité de ce sinistre.

15. Prescription

Conformément aux dispositions prévues par l'article L.114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Par exception, les actions dérivant d'un contrat d'assurance relatives à des dommages résultant de mouvements de terrain consécutifs à la sécheresse-réhydratation des sols, reconnus comme une catastrophe naturelle dans les conditions prévues à l'article L.125-1, sont prescrites par cinq ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance,
- en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Conformément à l'article L.114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription constituées par :

- toute demande en justice, même en référé, ou même portée devant une juridiction incompétente ;
- tout acte d'exécution forcée, ou toute mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ;
- toute reconnaissance par l'assureur du droit à garantie de l'assuré, ou toute reconnaissance de dette de l'assuré envers l'assureur.

Elle est également interrompue par :

- la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ;
- l'envoi d'une lettre recommandée ou l'envoi d'un recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés par :
- l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime ;
- l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Conformément à l'article L.114-3 du Code des assurances, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

16. En cas de réclamation

Le paragraphe ci-dessous précise les modalités d'examen des réclamations et le recours possible à la Médiation de l'assurance.

Comment adresser votre réclamation ?

Dans tous les cas, vous devez formaliser par écrit votre réclamation afin que nous puissions répondre au mieux à votre insatisfaction, et l'adresser :

A votre interlocuteur AXA habituel (ses coordonnées sont indiquées sur vos courriers et sur votre Espace Client en ligne) ou au service clients avec lequel vous êtes en relation, ou, à tout moment, au Service Réclamations en fonction de la nature du litige :

Pour les garanties d'assurance

- via le formulaire de contact sur axa.fr ou en ligne depuis votre Espace Client AXA
- ou par courrier, à l'adresse suivante :

AXA France – Service Réclamations –
TSA 46 307 – 95901 Cergy-Pontoise Cedex 9

Nos engagements

Un accusé de réception vous sera adressé dans un délai maximum de dix jours.

Votre situation sera étudiée avec le plus grand soin et une réponse argumentée vous sera adressée dans un délai maximum de soixante jours.

La saisine du médiateur

Vous pouvez saisir le Médiateur de l'assurance :

- deux mois après votre première réclamation écrite, que vous ayez reçu une réponse ou non de notre part
- et, en tout état de cause, dans un délai maximum d'un an à compter de la date de votre première réclamation écrite.

Cette saisine peut se faire :

- par voie électronique sur le site mediation-assurance.org
- ou par courrier, à l'adresse suivante : Le médiateur de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09.

L'intervention du Médiateur est gratuite.

Le Médiateur formulera une proposition de solution dans un délai de 3 mois à réception de votre dossier complet.

Les deux parties, vous-même et AXA, restent libres de suivre ou non la proposition du Médiateur.

Vous conservez à tout moment la possibilité de saisir le tribunal compétent.



N° IDU: FR232655_03PSOH

INFORMATION

SOUSCRIPTION ET RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE FFC OUVRANT DROIT A LA PARTICIPATION AUX COMPETITIONS ET MANIFESTATIONS ORGANISEES OU AUTORISEES PAR LA FEDERATION - CERTIFICAT MEDICAL D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE SPORTIVE –

QUESTIONNAIRE DE SANTE ET ATTESTATION

Mesdames, Messieurs,

Sur le fondement de la loi n° 2022 - 296 du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport en France, et plus particulièrement les articles L.231-2, L.231-2-1 et L.231-2-3 modifiés du code du sport, la FFC, sur avis de sa commission médicale, conformément au décret n°2022-925 du 22 juin 2022 - art.1, a mis en place des règles pour la délivrance de licence de compétitions et/ou sportives (y compris loisir) aux personnes majeures permettant la participation aux compétitions et manifestations de la Fédération.

En effet, ce nouveau schéma a pour but, notamment, d'alléger la procédure de délivrance ou de renouvellement de licence pour les majeurs, et de créer un module santé à renseigner à la souscription de la licence. Ce parcours dispensera le souscripteur de présentation d'un certificat médical, sauf lorsque ce dernier aura répondu par l'affirmative au point 1 du Module santé – Les symptômes – Questionnaire de Santé.

De ce fait, pour les majeurs, un module santé est désormais à renseigner, en lieu et place du certificat d'absence de contre-indication médicale.

Ces nouvelles dispositions viennent en complément des mesures déjà mises en place antérieurement relatives au questionnaire de santé pour les personnes mineures, à la suite de la loi n°2020-1525 du 7 décembre 2020 dite « d'accélération et simplification de la vie publique » et son décret d'application n°2021-564 du 7 mai 2021.

La présente note vient expliciter les divers régimes en vigueur relatifs aux modalités d'obtention ou de renouvellement d'une licence ouvrant droit à la pratique, selon la situation du licencié, étant précisé que l'âge du demandeur s'apprécie au jour de la demande de licence.

I Pour les primo-licenciés

On entend par primo-licencié, pour rappel, le cas de la personne qui prend une première licence, ou celui de la personne qui vient prendre une licence après deux années complètes sans licence fédérale. Il peut s'agir d'une première licence 2026 ou alors une première licence 2027 prise à compter du 1er septembre 2026.

a) S'agissant des mineurs

La personne mineure ainsi qu'une personne titulaire de l'autorité parentale doivent attester avoir répondu par la négative à chacune des rubriques du questionnaire de santé spécifique aux mineurs.

Dans le cas contraire, et en cas d'une ou plusieurs réponses positives, devra être produit un certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique du cyclisme – ou du cyclisme en compétition (selon le type de licence) - datant de moins de six mois (cf. tableau suivant).

Le Questionnaire de Santé Mineur est à renseigner et à conserver par les parents ou le représentant légal de l'adhérent. Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de ces derniers et n'ont pas à être transmis au club ou à la fédération.

L'Attestation d'utilisation du questionnaire de santé figurant sur la demande de licence FFC est obligatoirement à renseigner et à signer par les parents ou le représentant légal.

b) S'agissant des personnes majeures

Lors de la demande d'adhésion pour une première licence, la personne majeure devra attester sur l'honneur :

- qu'elle a renseigné le module de santé fédéral (annexe…) et pris les dispositions nécessaires au regard des recommandations édictées
- qu'elle a pris connaissance des recommandations pour la prévention des accidents cardiovasculaires
- qu'elle a pris connaissance de la mise à disposition par la FFC sur son site internet de recommandations de bonnes pratiques.

De plus, la personne déclarant lors du renseignement du questionnaire santé, avoir ressenti lors des 12 derniers mois des symptômes potentiellement évocateurs de pathologie cardiaque à risque de mort subite, devra fournir un certificat d'absence de contre-indication à la pratique du cyclisme ou à la pratique du cyclisme en compétition selon le type de licence sollicité. Ce certificat sera délivré à l'issue d'un examen médical assorti obligatoirement d'un électrocardiogramme - la réalisation de ce dernier devant être notifié dans la rédaction du certificat (Modèle fédéral en annexe).

II Le renouvellement de la licence

On entend par renouvellement de licence le cas d'une personne titulaire d'une licence 2026 qui prendrait une licence 2027.

a) S'agissant des mineurs

Lors du renouvellement de leur licence, la personne mineure ainsi qu'une personne titulaire de l'autorité parentale doivent attester avoir répondu par la négative à chacune des rubriques du questionnaire de santé.

Dans le cas contraire, et en cas d'une ou plusieurs réponses positives, devra être produit un certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique du cyclisme – ou du cyclisme en compétition (selon le type de licence) - datant de moins de six mois (cf. tableau suivant).

b) S'agissant des personnes majeures

Pour le renouvellement de la licence, la personne majeure devra attester sur l'honneur :

- qu'elle a renseigné le module de santé fédéral (annexe…) et pris les dispositions nécessaires au regard des recommandations édictées
- qu'elle a pris connaissance des recommandations pour la prévention des accidents cardiovasculaires
- qu'elle a pris connaissance de la mise à disposition par la FFC sur son site internet de recommandations de bonnes pratiques.

De plus, la personne déclarant lors du renseignement du questionnaire santé, avoir ressenti lors des 12 derniers mois des symptômes potentiellement évocateurs de pathologie cardiaque à risque de mort subite, devra fournir un certificat d'absence de contre-indication à la pratique du cyclisme ou à la pratique du cyclisme en compétition selon le type de licence sollicité. Ce certificat sera délivré à l'issue d'un examen médical assorti obligatoirement d'un électrocardiogramme - la réalisation de ce dernier devant être notifié dans la rédaction du certificat (Modèle fédéral en annexe).

Important : Le Module Santé est à renseigner et à conserver par la personne concernée ou par le représentant légal du majeur protégé. Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de cette dernière et n'ont pas à être transmis au club ou à la Fédération. Toutefois, les licenciés doivent être en mesure de présenter le Module santé renseigné à première demande de son Comité régional et/ou club.

L'Attestation relative au Module Santé figurant sur la demande de licence FFC est obligatoirement à renseigner et à signer par la personne majeure concernée ou son représentant légal en cas de majeur protégé.

Pour plus d'informations sur les catégories de licences et le besoin associé d'un certificat médical, consultez la page de notre site internet :

https://www.ffc.fr/tableau-des-licences/

La pratique du cyclisme est bonne pour la santé. Cependant il y a lieu pour chacun d'adapter sa pratique en fonction de ses pathologies, aptitudes et limitations potentielles. L'accompagnement médical est alors incontournable pour pratiquer sans risque – accompagnement réalisé par votre médecin traitant, un médecin spécialiste ou un médecin du sport.

Ce module santé a des objectifs d'éducation et de prévention :

- Un certificat médical n'est demandé qu'en cas de symptômes potentiellement évocateurs de pathologies cardiaques à risque de mort subite
- En cochant les différentes cases de ce module, vous vous engagez à avoir bien lu, bien compris et pris les dispositions nécessaires au regard des recommandations données.

1. LES SYMPTÔMES / QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

VOUS DEVEZ PRÉSENTER UN CERTIFICAT MÉDICAL D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE DU CYCLISME, OU À LA PRATIQUE DU CYCLISME EN COMPÉTITION SELON LE TYPE DE LICENCE SOLLICITÉ, SI, LORS DES DOUZE DERNIERS MOIS, VOUS AVEZ RESSENTI UN DES SYMPTÔMES SUIVANTS :

- Douleur dans la poitrine à l'effort
- Palpitations cardiaques (Perception inhabituelle de battements cardiaques irréguliers ou très rapide)
- Malaise durant un effort
- Perte de connaissance brutale
- Essoufflement intense anormal et inhabituel à l'effort

☐ **Oui, j'ai pu ressentir un ou plusieurs de ces symptômes**

- *Je dois alors consulter et fournir un certificat d'absence de contre-indication à la pratique du cyclisme (ou à la pratique du cyclisme en compétition le cas échéant) précisant obligatoirement la réalisation d'un électrocardiogramme (ECG) – selon le modèle FFC*

☐ **Non, je n'ai ressenti aucun de ces symptômes. En cochant cette case, j'atteste sur l'honneur :**

- *Comprendre que ces symptômes sont associés à un risque cardiologique élevé lors de la pratique du cyclisme*
- *M'engager à stopper l'activité sportive intensive et à consulter d'urgence en cas d'apparition de ces symptômes.*

2. ANTÉCÉDENTS ET PROBLÉMATIQUES MÉDICALES : RECOMMANDATIONS FÉDÉRALES

2.1 / LES FACTEURS DE RISQUE ET PATHOLOGIES

IL EST NÉCESSAIRE DE CONSULTER UN MÉDECIN SUR UNE CONTRE-INDICATION ÉVENTUELLE, SUR UN BILAN PRÉALABLE À LA PRATIQUE DU CYCLISME INTENSIVE OU EN COMPÉTITION, OU SUR UNE ADAPTATION À LA PRATIQUE SI VOUS ÊTES DANS UNE DES SITUATIONS SUIVANTES :

- Un membre de votre famille (parents, frère, sœur, enfants) est décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée
- Un membre de votre famille (parents, frère, sœur) a présenté une maladie cardiaque avant 35 ans
- Vous n'avez jamais réalisé d'électrocardiogramme (ECG)
  Pour la pratique du sport en compétition, la société française de cardiologie recommande un ECG tous 3 ans jusqu'à 20 ans et tous les 5 ans de 20 à 35 ans
- Vous avez repris une activité physique intensive sans réaliser un bilan médical pour évaluer votre risque cardiovasculaire après 35 ans (si vous êtes un homme) ou 45 ans (si vous êtes une femme).
- Vous poursuivez la pratique du cyclisme intensive ou en compétition après 60 ans.
- Vous avez plus de 50 ans et vous êtes fumeur
- Vous avez une pathologie chronique :
  - *L'existence de pathologies chroniques doit faire poser la question de l'adaptation de la pratique sportive*
  - *Notamment les pathologies cardiovasculaires et les pathologies identifiées comme facteurs de risque cardiovasculaire (diabète, hypertension artérielle, cholestérol)*
  - *Mais toute pathologie peut présenter un risque soit par sa nature, soit par les effets secondaires de ses traitements*
- Vous êtes suivi pour une pathologie ou un traumatisme de la colonne vertébrale
- Vous avez arrêté cette dernière année votre activité cycliste pendant plus d'un mois pour raison de santé.

☐ **En cochant cette case, j'atteste sur l'honneur :**

- *Comprendre que certains antécédents familiaux, facteurs de risques cardiovasculaires et maladies peuvent entraîner un risque lors de la pratique du sport et nécessitent une consultation auprès d'un médecin pour une pratique sécurisée.*
- *Comprendre qu'un bilan médical à certains âges de la vie est nécessaire pour faire le point sur mon état de santé, l'adaptation de ma pratique du cyclisme et ses risques.*

2.2 / LES PROBLÉMATIQUES MÉDICALES LIÉES AU SPORT

UN SUIVI MÉDICAL EST NÉCESSAIRE, SI VOUS ÊTES DANS UNE DES SITUATIONS SUIVANTES :

Au cours des 12 derniers mois :

- Vous pensez avoir ou on vous a déjà fait remarquer que vous aviez un problème avec la nourriture
- Vous êtes une femme et vous n'avez plus eu de règles pendant plus de trois mois
- Vous avez eu un traumatisme crânien ou une commotion cérébrale
- Vous éprouvez régulièrement une gêne respiratoire à l'effort
- Vous avez expérimenté une baisse inexpliquée de performance

☐ **En cochant cette case, j'atteste sur l'honneur :**

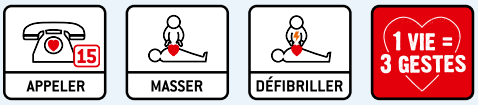
- *Comprendre que certaines situations ou symptômes en lien avec ma pratique sportive peuvent entraîner un risque pour ma santé et doivent être suivis par un médecin.*

2.3 / INFORMATIONS

LA FFC MET A DISPOSITION DE SES LICENCIÉS SES RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES :

- Les 10 règles d'or du club des cardiologues du sport et leur justificatif scientifique
- Problèmes musculo-squelettiques : prévention et bases de prise en charge
- Commotion cérébrale
- Nutrition et bon usage des compléments alimentaires
- Prévention du dopage
- Pratique en conditions particulières (températures extrêmes, pollution)
- Prise en charge de l'urgence vitale – parce que l'accident cardiaque est imprévisible, chacun peut y être confronté et doit savoir réagir. C'est un devoir citoyen de se former aux gestes qui sauvent.

IL EST INCONSCIENT, IL NE RESPIRE PLUS : C'EST UN **ARRÊT CARDIAQUE**



RECOMMANDATIONS POUR LA PRÉVENTION DES ACCIDENTS CARDIOVASCULAIRES

- Je signale à mon médecin toute douleur dans la poitrine ou essoufflement anormal survenant à l'effort *
- Je signale à mon médecin toute palpitation cardiaque survenant à l'effort ou juste après l'effort *
- Je signale à mon médecin tout malaise survenant à l'effort ou juste après l'effort *
- Je respecte toujours un échauffement et une récupération de 10 min lors de mes activités sportives
- Je bois 3 à 4 gorgées d'eau toutes les 30 min d'exercice à l'entraînement comme en compétition
- Je ne fume pas, en tout cas jamais dans les 2 heures qui précédent ou suivent ma pratique sportive
- Je ne consomme jamais de substance dopante et j'évite l'automédication en général
- Je ne fais pas de sport intense si j'ai de la fièvre, ni dans les 8 jours qui suivent un épisode grippal (fièvre + courbatures)

** Quels que soient mon âge, mes niveaux d'entraînement et de performance, ou les résultats d'un précédent bilan cardiologique.*

3. ATTESTATION SUR L'HONNEUR

☐ **En cochant cette case, j'atteste sur l'honneur**

- *Avoir lu et pris connaissance de toutes les informations des différentes parties de ce module santé*
- *Prendre ou avoir pris les dispositions nécessaires en conséquence (consultation médicale adaptée et, le cas échéant arrêt temporaire de l'activité sportive), me permettant de m'entraîner ou de participer à une compétition et/ou une manifestation sans risque pour ma santé*
- *Avoir pris connaissance des recommandations pour la prévention des accidents cardiovasculaires*
- *Savoir que la FFC met à ma disposition des recommandations de bonnes pratiques*

Date : Signature

QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR EN VUE DE L'OBTENTION OU DU RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE D'UNE FÉDÉRATION SPORTIVE OU DE L'INSCRIPTION À UNE COMPÉTITION SPORTIVE AUTORISÉE PAR UNE FÉDÉRATION DÉLÉGATAIRE OU ORGANISÉE PAR UNE FÉDÉRATION AGRÉÉE, HORS DISCIPLINES À CONTRAINTES PARTICULIÈRES

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale :
Il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné(e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

Tu es une fille ☐ un garçon ☐ Ton âge : ___ ans

Depuis l'année dernière	**OUI**	**NON**
Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	☐	☐
As-tu été opéré(e) ?	☐	☐
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	☐	☐
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	☐	☐
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	☐	☐
As- tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	☐	☐
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance desport ?	☐	☐
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	☐	☐
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	☐	☐
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	☐	☐
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	☐	☐
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	☐	☐
Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)		
Te sens-tu très fatigué(e) ?	☐	☐
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	☐	☐
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	☐	☐
Te sens-tu triste ou inquiet ?	☐	☐
Pleures-tu plus souvent ?	☐	☐
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	☐	☐
Aujourd'hui		
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	☐	☐
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	☐	☐
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	☐	☐
Questions à faire remplir par tes parents		
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?	☐	☐
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	☐	☐
Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.)	☐	☐

Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient.
Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CYCLISME

Certificat Médical

Un certificat médical est demandé pour une délivrance de licence FFC :

- Pour les personnes majeures : uniquement dans le cadre de la déclaration de symptômes évocateurs de pathologie cardiaque (réponse "oui" au paragraphe "1- LES SYMPTOMES - QUESTIONNAIRE DE SANTE " du module santé).
- Pour les personnes mineures : si réponse "oui" à une des questions du questionnaire de santé du mineur

Je soussigné(e), Dr ..... certifie avoir examiné ce jour :

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

☐ Un ECG a été réalisé **(OBLIGATOIRE POUR LES PERSONNES MAJEURES)**

Il n'a pas été mis en évidence de contre-indication médicale à :

☐ la pratique du cyclisme

☐ y compris en compétition

Nombre de cases cochées : .....

Certificat remis en main propre à l'intéressé.

Fait le ..... à .....

Cachet du médecin	Signature du médecin