FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CYCLOTOURISME

LICENCIE N°1

☐ Renouvellement ☐ Première adhésion

Civilité : ☐ **Madame** ☐ **Monsieur**

Nom : ……**Prénom :** ..... **N° de licence :** |__|__|__|__|__|__|__|

Nom de naissance : …… Date de naissance (jj/mm/aaaa) :……

Commune de naissance : ……**Département de naissance :** ……..

Pays de naissance* : ……**Lieu de naissance* :** ……
* Pour les personnes nées à l'étranger

Adresse :……

Code postal : …… **Ville :** ……

☎ **1er Parent :** …… ☎ **2ème Parent :** ……

☎ **Enfant/Ado :** ……

Mail : ……

LICENCIE N°2

☐ Renouvellement ☐ Première adhésion

Civilité : ☐ **Madame** ☐ **Monsieur**

Nom : ……**Prénom :** ..... **N° de licence :** |__|__|__|__|__|__|__|

Nom de naissance : …… Date de naissance (jj/mm/aaaa) :……

Commune de naissance : ……**Département de naissance :** ……..

Pays de naissance* : ……**Lieu de naissance* :** ……
* Pour les personnes nées à l'étranger

Adresse :……

Code postal : …… **Ville :** ……

LICENCIE N°3

☐ Renouvellement ☐ Première adhésion

Civilité : ☐ **Madame** ☐ **Monsieur**

Nom : ……**Prénom :** ..... **N° de licence :** |__|__|__|__|__|__|__|

Nom de naissance : …… Date de naissance (jj/mm/aaaa) :……

Commune de naissance : ……**Département de naissance :** ……..

Pays de naissance* : ……**Lieu de naissance* :** ……
* Pour les personnes nées à l'étranger

Adresse :……

Code postal : …… **Ville :** ……

	COTISATION + ASSURANCE PETIT BRAQUET	COTISATION + ASSURANCE GRAND BRAQUET
Enfant/Ado n°1	**44 €** ☐	**94 €** ☐
Enfant/Ado n°2	**44 €** ☐	**94 €** ☐
Enfant/Ado n°3	**44 €** ☐	**94 €** ☐
Adultes 18 ans et plus n°1	**60 €** ☐	**110 €** ☐
Adulte 18 ans et plus n°2	**60 €** ☐	**110 €** ☐
TARIFS PARTICULIERS		
Pour chaque adhésion supplémentaire	**5€ de réduction sur le montant total**	
TOTAL :		

FORMULES DE LICENCES

TYPE DE PRATIQUE : VTT / VTC ☐

Pratiquez – vous le VAE : OUI ☐ **NON** ☐

CONSTITUTION DU DOSSIER D'ADHÉSION AU CLUB (accompagné de votre règlement) :

POUR LES ADULTES :

- Le présent bulletin d'inscription signé : Licencié 1 ☐ Licencié 2 ☐ Licencié 3 ☐
- La notice d'information de l'assureur signée : Licencié 1 ☐ Licencié 2 ☐ Licencié 3 ☐
- La fiche sanitaire complétée et signée : Licencié 1 ☐ Licencié 2 ☐ Licencié 3 ☐
- Pour les nouvelles inscriptions un certificat médical (-1an) ou le questionnaire de santé : Licencié 1 ☐ Licencié 2 ☐ Licencié 3 ☐
- La fiche technique VTT signée : Licencié 1 ☐ Licencié 2 ☐ Licencié 3 ☐

POUR LES JEUNES DE -18 ans

- Le présent bulletin d'inscription signé : Licencié 1 ☐ Licencié 2 ☐ Licencié 3 ☐
- La notice d'information de l'assureur signée : Licencié 1 ☐ Licencié 2 ☐ Licencié 3 ☐
- La fiche sanitaire complétée et signée : Licencié 1 ☐ Licencié 2 ☐ Licencié 3 ☐
- Le questionnaire de santé : Licencié 1 ☐ Licencié 2 ☐ Licencié 3 ☐
- La fiche technique VTT signée : Licencié 1 ☐ Licencié 2 ☐ Licencié 3 ☐

MODALITES DE PAIEMENT :

- Par chèque à l'ordre de l'Union Cycliste Rochoise
- Par virement

EN ADHÉRANT AU CLUB :

Je m'engage à respecter scrupuleusement le Code de la route, les statuts et règlements de la Fédération française de cyclotourisme, les statuts du club et les informations de ce dossier d'adhésion

☐ J'accepte de recevoir les mails d'information de mon club ou de la Fédération et ses structures.

☐ J'accepte que des photos où j'apparais soient publiées sur le site internet de l'Union Cycliste Rochoise et sur le groupe WhatsApp

Fait le …… Signature obligatoire du licencié(e) ou du représentant légal pour les mineurs :

Conformément à la loi Informatique et Libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification quant aux informations vous concernant. Vous pouvez l'exercer librement en vous adressant à la Fédération Française de cyclotourisme, 12 rue Louis Bertrand, 94200 Ivry-sur-Seine.

QUESTIONNAIRE SANTÉ

À compter de la saison 2024 - Ce questionnaire est strictement personnel

La pratique régulière du cyclotourisme est bonne pour la santé. Cependant, Chacun doit adapter sa pratique en fonction de ses pathologies et de ses aptitudes et limitation personnelles.
Ce questionnaire se substitue à l'obligation d'un certificat et a des objectifs d'éducation et de prévention. En cas de doute, l'avis de votre médecin traitant ou médecin spécialiste est indispensable.

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.

SI RÉPONSE POSITIVE À UNE DES QUESTIONS SUIVANTES, IL EST INDISPENSABLE DE CONSULTER UN MÉDECIN AVANT REPRISE DE L'ENTRAÎNEMENT OU CYCLOSPORTIVE.

1 LES SYMPTÔMES - AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

> Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine à l'effort ?
> Avez-vous ressenti des palpitations ? Les palpitations sont une perception inhabituelle des battements cardiaques irréguliers et/ou rapides de durée brève ou plus ou moins prolongée.
> Avez-vous déjà ressenti un malaise durant un effort ?
> Avez-vous déjà eu une perte de connaissance brutale - au repos ou à l'effort?
> Avez-vous déjà ressenti un essoufflement inhabituel à l'effort ?

☐ EN COCHANT CETTE CASE, J'ATTESTE SUR L'HONNEUR :
avoir bien pris note de ces questions et comprends que certains symptômes peuvent être des signes de pathologie cardiaque à risque pour ma santé, et représenter potentiellement un risque vital. Je m'engage à stopper l'activité sportive intensive et à consulter d'urgence en cas d'apparition de ces symptômes.

SI RÉPONSE POSITIVE À UNE DES QUESTIONS SUIVANTES, IL EST NÉCESSAIRE D'AVOIR PRIS AVIS AUPRÈS D'UN MÉDECIN SUR UNE CONTRE-INDICATION OU SUR UN BILAN PRÉALABLE À LA PRATIQUE INTENSIVE.

2 LES FACTEURS DE RISQUES CARDIOLOGIQUES

> Avez-vous repris une activité physique intensive sans réaliser un bilan médical après 45 ans (femme) ou 35 ans (homme) pour évaluer votre risque cardiovasculaire ?
> Avez-vous au moins deux de ces facteurs de risque cardiovasculaire ? (> 50ans, tabagisme, diabète, cholestérol, hypertension artérielle)
> Êtes-vous suivi pour une pathologie chronique ? Toute pathologie peut présenter un risque soit par nature, soit par les effets secondaires de ses traitements.
> Poursuivez-vous la pratique de cyclosportive et/ou l'activité physique intensive après 60 ans ?
> Un membre de votre famille (parents, frère, sœur, enfants) est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?
> Un membre de votre famille (parents, frère, sœur, enfants) a-t-il présenté une maladie cardiaque avant 35 ans ?
> Vous n'avez jamais réalisé d'électrocardiogramme (ECG) ? Nous recommandons de réaliser au moins un ECG dans la vie.

☐ EN COCHANT CETTE CASE, J'ATTESTE SUR L'HONNEUR :
comprendre que certains antécédents familiaux, les facteurs de risques cardiovasculaires, et certaines pathologies chroniques peuvent entraîner un risque lors de la pratique du sport et doivent faire prendre avis auprès d'un médecin pour une pratique sécurisée. De même, je comprends qu'un bilan médical à certains âges de la vie est nécessaire pour faire le point sur ma pratique et ses risques.

SI RÉPONSE POSITIVE À UNE DES QUESTIONS SUIVANTES, IL EST RECOMMANDÉ DE PRENDRE CONSEIL AUPRÈS D'UN MÉDECIN SUR UNE CONTRE-INDICATION TEMPORAIRE ÉVENTUELLE

3 LES PROBLÉMATIQUES LIÉES AU SPORT - AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

> Avez-vous expérimenté une baisse inexpliquée de performance ?
> Avez-vous arrêté le sport plus de 30 jours pour raisons de santé ?
> Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?
> Avez-vous été anorexique? Ou pensez-vous ou vous a-t-on déjà dit que vous aviez des problèmes avec la nourriture ?
> Pour les féminines : vos règles ont-elles disparu depuis plus de trois mois ?
> Avez-vous eu un traumatisme crânien ?
> Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?

☐ EN COCHANT CETTE CASE, J'ATTESTE SUR L'HONNEUR :
avoir pris note de ces questions et comprends que certaines situations ou symptômes peuvent entraîner un risque pour ma santé et/ou pour mes performances.

LES 10 RÈGLES D'OR POUR BIEN PRATIQUER LE VÉLO



1. JE SIGNALE À MON MÉDECIN TOUTE DOULEUR DANS LA POITRINE OU ESSOUFFLEMENT ANORMAL SURVENANT À L'EFFORT*.
2. JE SIGNALE À MON MÉDECIN TOUTE PALPITATION CARDIAQUE SURVENANT À L'EFFORT OU JUSTE APRÈS L'EFFORT*.
3. JE SIGNALE À MON MÉDECIN TOUT MALAISE SURVENANT À L'EFFORT OU JUSTE APRÈS L'EFFORT*.
4. JE RESPECTE TOUJOURS UN ÉCHAUFFEMENT ET UNE RÉCUPÉRATION DE 10 MN LORS DE MES ACTIVITÉS SPORTIVES.
5. JE BOIS 3 À 4 GORGÉES D'EAU TOUTES LES 30 MN D'EXERCICE À L'ENTRAÎNEMENT.
6. J'ÉVITE LES ACTIVITÉS INTENSES PAR DES TEMPÉRATURES EXTÉRIEURES < -5° C OU > + 30° C ET LORS DES PICS DE POLLUTION.
7. JE NE FUME PAS, EN TOUT CAS JAMAIS DANS LES 2 HEURES QUI PRÉCÉDENT OU SUIVENT MA PRATIQUE SPORTIVE.
8. JE NE CONSOMME JAMAIS DE SUBSTANCE DOPANTE ET J'ÉVITE L'AUTOMÉDICATION EN GÉNÉRAL.
9. 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).
10. JE PRATIQUE UN BILAN MÉDICAL AVANT DE REPRENDRE UNE ACTIVITÉ SPORTIVE INTENSE SI J'AI PLUS DE 35 ANS POUR LES HOMMES ET PLUS DE 45 ANS POUR LES FEMMES.

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

Fiche sanitaire de liaison

Exemplaire à conserver

Identité adhérent

Nom et prénom : .....

Sexe : M ◯ F ◯ Date de naissance : .....

Coordonnées personne à contacter

Si l'adhérent est un enfant, merci de préciser les coordonnées des représentants légaux

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

Code postal - Ville: .....

Fixe : ..... Portable : .....

Vaccinations

Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination

Vaccins pratiqués	Dates
Du DT polio	
Du Dt coq	
Du Tétracoq	
D'une prise polio Rappels	
ROR 1er vaccin	
ROR rappel	

Renseignements médicaux

Joindre les ordonnances correspondantes

- **Avez-vous ou votre enfant a t-il déjà eu les maladies suivantes :**

Rubéole oui ◯ non ◯ **Varicelle** oui ◯ non ◯ **Rougeole** oui ◯ non ◯ **Oreillons** oui ◯ non ◯

- **Souffrez-vous ou votre enfant souffre t-il de :**

Asthme oui ◯ non ◯ Traitements : .....

Pathologie chronique ou aiguë oui ◯ non ◯ Précisions : .....

Allergie (médicament, aliment,...) oui ◯ non ◯ Précisions : .....

Autre : Précisions : .....

- **Vous ou votre enfant avez des antécédents médicaux, chirurgicaux ou toutes autres informations qui auraient des répercussions sur la pratique, merci de préciser :**

.....

Signature

Par la présente, j'atteste sur l'honneur que les renseignements portés sur cette fiche sont exacts et autorise les responsables du club à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations...) rendues nécessaires par mon état ou celui de mon enfant.

A :

Le :

Signature

Fiche sanitaire de liaison

Exemplaire à donner au club

Identité adhérent

Nom et prénom : .....

Sexe : M ◯ F ◯ Date de naissance : .....

Coordonnées personne à contacter

Si l'adhérent est un enfant, merci de préciser les coordonnées des représentants légaux

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

Code postal - Ville: .....

Fixe : ..... Portable : .....

Vaccinations

Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination

Vaccins pratiqués	Dates
Du DT polio	
Du Dt coq	
Du Tétracoq	
D'une prise polio Rappels	
ROR 1er vaccin	
ROR rappel	

Renseignements médicaux

Joindre les ordonnances correspondantes

- **Avez-vous ou votre enfant a t-il déjà eu les maladies suivantes :**

Rubéole oui ◯ non ◯ **Varicelle** oui ◯ non ◯ **Rougeole** oui ◯ non ◯ **Oreillons** oui ◯ non ◯

- **Souffrez-vous ou votre enfant souffre t-il de :**

Asthme oui ◯ non ◯ Traitements : .....

Pathologie chronique ou aiguë oui ◯ non ◯ Précisions : .....

Allergie (médicament, aliment,...) oui ◯ non ◯ Précisions : .....

Autre : Précisions : .....

- **Vous ou votre enfant avez des antécédents médicaux, chirurgicaux ou toutes autres informations qui auraient des répercussions sur la pratique, merci de préciser :**

.....

Signature

Par la présente, j'atteste sur l'honneur que les renseignements portés sur cette fiche sont exacts et autorise les responsables du club à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations...) rendues nécessaires par mon état ou celui de mon enfant.

A :

Le :

Signature

U.C.R
La Roche sur Foron
http://ucrvtt.free.fr/

Fiche technique VTT

Voici une liste non exhaustive des points à vérifier AVANT chaque sortie pour votre sécurité.

Etat du VTT

- Freins
  - Patins/plaquettes en état – usure satisfaisante
  - Câbles et gaine en état – pas de rouille / absence de brins coupés
  - Garde correcte : les leviers ne touchent pas le guidon en freinant

- Vitesses
  - Dérailleurs avant et arrière réglés et propres (toutes les vitesses passent sans effort)
  - Chaîne propre et huilée

- Roues – pneus
  - Pneus gonflés (2 à 2.2 bars) et avec des crampons
  - Vérification du voile des jantes
  - Absence de jeu dans l'axe des roues

- Etat général
  - Vélo propre
  - Toutes les vis et les écrous sont serrés
  - La selle est stable et à bonne hauteur
  - Absence de jeu dans l'axe de la direction

Sac à dos

- Le sac à dos contient
  - 1 chambre à air avec la bonne valve et **à la bonne taille (24, 26, 27.5 ou 29 pouces !)** + une pompe à main
  - 1 coupe-vent
  - de quoi manger (léger) lors des petits arrêts
  - une poche ou une gourde d'eau
  - éventuellement, une mini trousse à outils (pas obligatoire)

Ce sac doit être un VRAI sac à dos mais doit être de taille réduite pour faciliter le pédalage.

Le VTTiste doit obligatoirement avoir son **casque (Norme EN1078 ou EN1080 pour les enfants)**, une tenue adéquate et si possible des gants et des lunettes (pour se protéger des projections).

Nom : ..... Prénom : ----------

Lu et approuvé : _____

Signature : le : .....

TABLEAU DES GARANTIES - SAISON 2026

Formules proposées			
Coût annuel de l'assurance • Garanties	**Mini-Braquet • 24,50 €**	**Petit-Braquet • 26,50 €**	**Grand-Braquet • 76,50 €**
Responsabilité civile	**oui**	**oui**	**oui**
Recours et Défense pénale	**oui**	**oui**	**oui**
Accident corporel	non	**oui**	**oui**
Assurance Rapatriement	non	**oui**	**oui**
Dommages au casque	non	**oui**	**oui**
Dommages au vélo	non	non	**oui, 1 500 €**
Dommages au GPS (2)	non	non	**oui, 300 €**
Dommages aux équipements vestimentaires	non	non	**oui, 160 €**
Décès suite à un AVC/ACV : capital versé sans présentation d'un test à l'effort de moins de deux ans	non	**oui, 1 500 €**	**oui, 2 500 €**
Décès suite à un AVC/ACV : capital versé avec présentation d'un test à l'effort de moins de deux ans	non	**oui, 3 000 €**	**oui, 7 500 €**
Décès suite accident	non	**oui, 5 000 €**	**oui, 15 000 €**
Invalidité IPP	non	**oui, 30 000 €**	**oui, 60 000 €**

(1) Les Smartphones sont exclus de la formule grand braquet

- ACV : accident cardio - vasculaire
- AVC : acident vasculo - cérébral
- IPP : invalidité partielle permanente

Notice d'information relative aux assurances incluses dans votre licence FFVELO Saison 2026

(Conformément aux articles L 321-1, L321-4, L321-5 et L 321-6 du Code du Sport et de l'article L141-4 du Code des assurances) Ce document résume les garanties des contrats Responsabilité Civile, Individuelle Accidents et Dommages au matériel vélo (contrat d'assurances AREAS n°001051968T) et de la convention d'Assistance (Europ Assistance n°58 225 249) souscrits par votre Fédération. Ce document vous est remis afin :

- De vous informer qu'outre des garanties couvrant la responsabilité civile et la défense pénale et recours, vous pouvez bénéficier des garanties d'assurance de personne qui vous sont proposées par la Fédération française de cyclotourisme ;
- D'attirer votre attention sur l'intérêt que vous avez à souscrire un contrat d'assurance de personne couvrant les accidents corporels auxquels peut vous exposer votre pratique sportive.

Le présent document est un simple résumé des garanties du contrat auquel il convient de se référer en cas de sinistre. Vous disposez également d'un Guide Licencié et de l'accès à l'intégralité de la notice d'information sur votre espace licencié du site de la Fédération www.ffvelo.fr ou sur le site de la Fédération www.ffvelo.fr

En choisissant son option d'assurance, le licencié choisit ses garanties :

Nature de la garantie	Mini Braquet	Petit Braquet	Grand Braquet	
Responsabilité civile - Défense Pénale et Recours	Acquise	Acquise	Acquise	
Décès accidentel	Non acquise	5 000€	15 000€	
Décès ACV/AVC : En l'absence du test à l'effort de moins de 2 ans En Présence du test à l'effort de moins de 2 ans Pour être valable le test à l'effort doit avoir été réalisé avant l'accident et au plus tard dans les 2 ans qui précèdent la délivrance de la licence de l'année en cours	Non acquise	1 500€ 3 000€	2 500€ 7 500€	
Invalidité permanente totale (réductible partiellement selon le taux d'invalidité) sous déduction d'une franchise relative < 5%	Non acquise	30 000€ versé en totalité si taux d'invalidité > 66%	60 000€ versé en totalité si taux d'invalidité > 66%	
Frais médicaux prescrits y compris non remboursés par la Sécurité Sociale, dont :		3 000€	3 000€	
Prothèse dentaire : • par dent (maxi 4) • bris de prothèse Lunettes : • par verre • par monture Réparation ou remplacement autre prothèse (médicale)	Non acquise	250€ 500€ 120€ 200€ 500€	250€ 500€ 120€ 200€ 500€	
Frais de séjour dans un centre de rééducation en traumatologie sportive	Non acquise	3 000€	3 000€	
Assistance dont : • Rapatriement (lieu de résidence situé en France) • Prise en charge des frais médicaux, chirurgicaux ou d'hospitalisation à l'étranger et avance • Frais de recherches, de secours et d'évacuation **TOUJOURS APPELER EUROP ASSISTANCE AU 01.41.85.95.26 avant toute décision de rapatriement ou engagement de dépenses**	Non acquise	Frais réels 152 500€ 15 000€	Frais réels 152 500€ 15 000€	
Dommages (Indemnisation vétusté déduite de 8% par an max 70%)	Non acquise	Montants maximum	Montants maximum	Franchises
• Casque • Equipements vestimentaires • GPS • Dommages au Vélo y compris catastrophes naturelles		80€ Non acquise Non acquise Non acquise	80€ 160€ 300€ 1 500€	Néant 30€ 30€ 100€

Demeurent exclus de la garantie des Accidents corporels :

- La faute intentionnelle ou dolosive de l'Assuré, du Bénéficiaire ou du Souscripteur.
- 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, et de leur décontamination ;
  - De l'action directe ou indirecte de tout agent biologique ;
  - 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 du fait d'un taux d'alcoolémie de l'assuré égal ou supérieur à celui fixé par la réglementation française régissant la circulation automobile.
- Les conséquences d'une syncope, d'une crise d'épilepsie.
- Les accidents résultant de la guerre civile ou étrangère, les émeutes et mouvements populaires.
- Les accidents provenant de la participation de l'Assuré à une rixe, sauf cas de légitime défense, ou d'assistance à personne en danger.
- Les conséquences du suicide et de la tentative de suicide.
- Les accidents résultant de phénomènes naturels à caractère catastrophique.
- Les accidents résultant de la conduite de tout véhicule sans permis ou certificat en état de validité, de compétitions (et leurs essais) comportant l'utilisation de véhicules ou embarcations à moteur sauf cas de participation à des concentrations automobiles non soumises à autorisation des pouvoirs publics.
- Les conséquences :
  - D'un traitement esthétique et/ou d'opération de chirurgie esthétique non-consécutif à un accident garanti ainsi que leurs suites et conséquences ;
  - 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 ;
  - De maladie ;
  - 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 périmée.
- Les frais de voyage et de séjour dans les stations balnéaires ou climatiques.

Les garanties optionnelles proposées

Uniquement si le licencié a adhéré à l'option proposée (en ligne via son espace licencié).

1. Les Indemnités Journalières

L'assureur garantit à l'assuré le versement d'Indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire totale médicalement reconnue à la suite d'un accident survenu dans le cadre des activités garanties et dans les cas suivants :

- Si l'assuré exerce une activité professionnelle et est mis en arrêt de travail par décision médicale (base indemnitaire) l'assureur verse une indemnité journalière correspondant exclusivement à la perte réelle de revenu sans pouvoir dépasser la somme de 30€ par jour, à compter du 4e jour d'arrêt et ce jusqu'au 365e jour consécutif. Par perte réelle de revenu, on entend la différence entre la rémunération de l'activité professionnelle de l'assuré (salaires, primes, honoraires, gratifications) servant de base à la déclaration annuelle à l'Administration Fiscale et les prestations versées par la Sécurité sociale et/ou tout autre régime similaire, régime complémentaire ou l'employeur.
- Si l'assuré est hospitalisé pendant une période supérieure à 4 jours, l'assureur verse une indemnité journalière forfaitaire de 30€ par jour, à compter du 4e jour d'hospitalisation et ce, pendant une durée maximale de 90 jours d'hospitalisation.

Cotisation : 30€ TTC en complément des formules Petit Braquet ou Grand Braquet.
Adhésion : connectez-vous à votre espace licencié.

2. Complément de garantie Invalidité permanente et Décès

Les sommes ci-dessous viennent s'ajouter à celles prévues par les formules Petit Braquet et Grand Braquet.

Garanties	Montants du capital supplémentaire	Montants du capital supplémentaire
Décès (tout événement d'origine cardio-vasculaire ou vasculo-cérébral/AVC est exclu)	25 000€	50 000€
Invalidité permanente totale (réductible partiellement selon le taux d'invalidité) sous déduction d'une franchise relative ≤ 5%	50 000€ (1)	100 000€ (1)
	Un taux d'invalidité permanent supérieur ou égal à 66% donnera lieu au versement de 100% du capital	
Cotisation annuelle en complément de la licence	25€ TTC	50€ TTC

(1) En cas d'invalidité permanente partielle, le montant de l'indemnité est égal au pourcentage du capital assuré correspondant au taux d'invalidité retenu.
Adhésion : connectez-vous à votre espace licencié.

Vos contacts

Faites votre déclaration d'accident dans les 5 jours à l'aide du formulaire de déclaration d'accident que vous trouverez en ligne dans votre espace licencié.
Lorsque vous souhaitez obtenir des précisions sur les clauses d'application de votre contrat notamment à la souscription, contactez aiac courtage :

N° VERT : 0 800 886 486
E-mail : assurance-ffvelo@aiac.fr

12 Rue Louis Bertrand
CS 80045
94207 IVRY SUR SEINE CEDEX

Téléphone : 01 56 20 88 82

E-mail : l.blondeau@ffvelo.fr
www.ffvelo.fr

Convention n°58 225 249

Ligne dédiée 24/7
Depuis la France : 01 41 85 95 26
Depuis l'étranger : (+33) 1 41 85 95 26

Déclaration du licencié 2026

À retourner obligatoirement au Club (ou à la Fédération pour les membres individuels)

Je soussigné(e) : _____

né(e) le : _____/_____/_____

Pour le mineur représentant légal de _____

Né(e) le : _____/_____/_____

Licencié de la Fédération à (nom du Club) : _____

Déclare :

☐ Avoir pris connaissance du contenu du présent résumé de la notice d'information relative au contrat d'assurance souscrit par la Fédération auprès d'Areas et Europ Assistance pour le compte de ses adhérents ;

☐ Avoir été informé par la présente notice de l'intérêt que présente la souscription de garanties d'indemnités contractuelles (Décès, Invalidité, Permanente, Frais médicaux, et Assistance) pour les personnes pratiquant une activité sportive relevant de la Fédération ;

☐ Avoir choisi la formule : MB ☐ PB ☐ GB ☐

et les options suivantes :

☐ Indemnité Journalière forfaitaire ☐ Complément Décès/Invalidité ☐ Ne retenir aucune option complémentaire proposée

Fait à _____ le _____

Signature du licencié souscripteur (ou du représentant légal pour le mineur)

Nous vous informons que les données à caractère personnel recueillies sont nécessaires pour la prise en compte de votre adhésion et la gestion de votre contrat d'assurance. Dans ce cadre, ces données peuvent être transmises à l'Assureur et peuvent également être communiquées à des experts, à nos conseils, à nos prestataires et sous-traitants. A défaut d'opposition expresse de votre part, nous pourrons vous adresser des courriers ou emails d'information en lien avec votre contrat sans caractère commercial. Vos données personnelles recueillies et traitées dans le cadre de la gestion de votre contrat ne seront toutefois jamais utilisées à des fins de prospection commerciale. La base juridique du traitement de vos données est l'exécution de votre contrat d'assurance ou le consentement concernant l'éventuel traitement de vos données de santé. La base juridique du traitement de vos données est l'exécution de votre contrat d'assurance.
Ces données sont conservées aussi longtemps que nécessaire pour la gestion de votre contrat et au-delà, à compter de la clôture du dossier, pendant la durée autorisée ou imposée par une disposition légale ou réglementaire. Vous disposez de droits d'accès, de rectification, de limitation du traitement, ainsi que du droit à la portabilité de vos données. Vous pouvez également vous opposer pour motifs légitimes à ce que vos données fassent l'objet d'un traitement. Il est précisé que l'exercice de certains de ces droits peut entraîner au cas par cas pour AIAC Courtage et les assureurs, l'impossibilité de gérer votre contrat et donc les prestations liées à ce dernier. Vous pouvez exercer vos droits à tout moment, sous réserve de justifier de votre identité, et contacter le Délégué à la Protection des Données par courrier électronique à l'adresse contact@aiac.fr ou par voie postale à l'adresse suivante : AIAC Courtage, 14 rue de Clichy, 75009 PARIS. Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : CNIL – 3, place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07.
En fournissant vos données personnelles et, notamment des données à caractère médical, vous autorisez expressément leur utilisation pour les besoins de la prise en compte de votre adhésion et de la gestion de votre contrat. Par ailleurs, si vous fournissez des renseignements au sujet d'une autre personne, vous vous engagez à l'informer de l'utilisation de ses données personnelles et à obtenir son consentement pour une telle utilisation en son nom.

Crédit Mutuel

RELEVE D'IDENTITE BANCAIRE

Identifiant national de compte bancaire - RIB

Banque	Guichet	N° compte	Clé	Devise	Domiciliation
10278	**02420**	**00013068249**	**77**	**EUR**	**CCM LA ROCHE - REIGNIER**

Identifiant international de compte bancaire

IBAN (International Bank Account Number)	BIC (Bank Identifier Code)
FR76 1027 8024 2000 0130 6824 977	**CMCIFR2A**

Domiciliation
CCM LA ROCHE - REIGNIER
157 RUE CARNOT
74800 LA ROCHE SUR FORON

04 50 14 00 10

Titulaire du compte (Account Owner)
UNION CYCLISTE ROCHOISE
175 CLOS LES GRANGES A
74250 VIUZ EN SALLAZ

Remettez ce relevé à tout autre organisme ayant besoin de connaître vos références bancaires pour la domiciliation de vos virements ou de prélèvements à votre compte. Vous éviterez ainsi des erreurs ou des retards d'exécution.

PARTIE RESERVEE AU DESTINATAIRE DU RELEVE