

# Déclaration d'Accident



## Fédération Française de Cyclotourisme

A renvoyer dans les 5 jours au Cabinet GOMIS-GARRIGUES - 17 Bvd de la GARE- 31500 TOULOUSE

Tél. : 05 61 52 88 60 - Fax : 05 61 32 11 77 - E-mail : 5R09151@Agents.Allianz.fr

En cas de rapatriement au domicile du bénéficiaire, et préalablement à toute intervention, téléphoner à :

Mondial Assistance au **01 42 99 08 05** en mentionnant le N° de contrat **58183496** et le N° de protocole **922306**



Identité de l'Assuré		Identification du Club	
Nom :		Ne pas remplir si non-adhérent d'un Club : [ ]	
Prénom :		Nom du Club :	
Sexe : [ ] Féminin - [ ] Masculin		N° affiliation FFCT :	
Date naissance :		Correspondant :	
Adresse :		Adresse :	
:		:	
CP - Ville :		CP - Ville :	
Téléphone :		Téléphone :	
E-mail :		E-mail :	
Profession :		Autre assurance du Club :	
Assurances de l'Assuré		Information sur la Licence	
Bénéficiez-vous : -d'une sécurité sociale (régime obligatoire) ?		[ ] <b>Licencié FFCT - N° de la Licence :</b>	
[ ] Oui		Type de licence : [ ] Vélo Balade - [ ] Vélo Rando - [ ] Vélo Sport	
[ ] Si non, pourquoi :		<b>Joindre une copie de cette licence</b>	
- d'une mutuelle ou assurance santé (complémentaire) ?		Formule de licence : [ ] MB - [ ] PB - [ ] GB	
[ ] Si oui, nom de l'assureur :		Garanties compl. : [ ] dommages vélo [ ] vol	
[ ] Non		Options : [ ] Indemnités Journalières	
<b>Si non, joindre une attestation sur l'honneur en ce sens</b>		[ ] Décès - invalidité	
Nom, adresse, N° de contrat de vos assureurs :		[ ] Doublement des capitaux	
[ ] Habitation / Resp. Civ. :		[ ] <b>Non-licencié FFCT, participant à une :</b>	
		[ ] de ses trois premières sorties	
[ ] Individuelle accident (scolaire, MAIF, autre...) :		[ ] manifestation du Club inscrite au calendrier FFCT	
		[ ] randonnée permanente labellisée ou non (hors sortie de club)	
		[ ] sortie réservée exclusivement aux estivants non licenciés pendant la période du 15 mai au 15 septembre	
[ ] Garantie des Accidents de la Vie :		Option du Club : [ ] A - [ ] B - [ ] B+ - [ ] E	
<b>Description de l'Accident</b>			
Date et heure :			
Adresse, ville, département :			
Circonstances détaillées :			
Nature de vos Blessures : <span style="float: right;"><b>Joindre le certificat médical initial descriptif des blessures</b></span>			
Décès : [ ] cardiovasculaire - [ ] suite blessures		Hospitalisation : [ ] Oui - [ ] Non	
Durée d'immobilisation : .....		<b>Joindre bulletin hospitalisation + arrêt de travail ou certificat d'éviction scolaire</b>	
Dommages matériels : <b>Joindre facture d'achat, photos des dégâts et devis de réparation ou attestation d'irréparabilité</b>			
Type de bien :	Marque, modèle, références, caractéristiques :	Date, lieu et coût d'achat :	

**A remplir en cas d'implication d'un tiers dans l'accident**

**Joindre un constat amiable si un véhicule à moteur est impliqué**

Le cas échéant, N° du PV : ..... [ ] Police - [ ] Gendarmerie de : .....

Coordonnées du TIERS - Est-il : [ ] le Responsable - [ ] la Victime

Nom, prénom :	Nature des dommages causés au tiers, le cas échéant :
Adresse :	
CP - Ville :	
Téléphone :	
E-mail :	Votre Analyse des Faits :
Assureur :	
Adresse :	
CP - Ville :	
Références :	

*(responsabilités laissées à l'appréciation de l'Assureur)*

**Témoignages éventuels**

Nom, prénom	Adresse, téléphone, e-mail :

Activité pratiquée	Contexte de l'accident
Route <input type="checkbox"/> [ ] Rando pédestre <input type="checkbox"/> [ ]	<input type="checkbox"/> [ ] Sortie "groupée" (Club)
VTT <input type="checkbox"/> [ ] Ski de fond <input type="checkbox"/> [ ]	<input type="checkbox"/> [ ] Sortie individuelle (hors Club)
VTC <input type="checkbox"/> [ ] Camping <input type="checkbox"/> [ ]	Distance parcourue au moment de l'accident KM :
Tandem <input type="checkbox"/> [ ] Trajets vélo <input type="checkbox"/> [ ]	Préciser éventuellement :
Tricycle <input type="checkbox"/> [ ] Activité non sportive <input type="checkbox"/> [ ]	
Autre <input type="checkbox"/> [ ] à préciser :	

**Commission de sécurité FFCT**

Type de voie :  [ ] route -  [ ] piste cyclable -  [ ] rue -  [ ] voie verte -  [ ] chemin/sentier -  [ ] bande cyclable/accotement revêtu  
 [ ] double sens cyclable

Caractéristiques :  [ ] intersection -  [ ] rond-point -  [ ] ligne droite -  [ ] virage -  [ ] entrée/sortie piste cyclable

Infrastructure :  [ ] ilot central -  [ ] obstacle -  [ ] ralentisseur -  [ ] revêtement défectueux -  [ ] gravillons  
 [ ] largeur voie insuffisante -  [ ] chaussée glissante

Type d'accident :  [ ] chute collective -  [ ] chute individuelle

Causes :  [ ] malaise -  [ ] inattention -  [ ] mécanique -  [ ] infrastructure -  [ ] conditions météo défavorables  
 [ ] défaut maîtrise du tiers

Sécurité :  [ ] port du gilet jaune -  [ ] port du casque

Tiers :  [ ] bus -  [ ] véhicule léger -  [ ] poids lourd -  [ ] véhicule agricole -  [ ] 2 roues motorisé -  [ ] autre cycliste  
 [ ] VAE -  [ ] animal -  [ ] piétons/roller -  [ ] délit de fuite

Sens de déplacement du tiers :  [ ] carrefour (venant de droite) -  [ ] carrefour (venant de gauche) -  [ ] tiers tourne à droite  [ ] à gauche  
 [ ] sens opposé -  [ ] même sens -  [ ] entrée de giratoire -  [ ] sortie de giratoire -  [ ] tiers arrêté sur la voie -  [ ] piétons traversant

**Signature du déclarant**

[ ] L'Assuré -  [ ] Son représentant légal      OU       [ ] Le Responsable du Club -  [ ] L'Encadrant

Date :	Date :
Nom - Prénom :	Nom - Prénom :
<i>(signature)</i>	<i>(signature et cachet du Club)</i>

**Joindre la Notice d'Information Assurance signée avec la présente déclaration, puis au fur et à mesure des soins, les originaux des décomptes de remboursements de votre mutuelle ( à défaut, de la Sécurité sociale). A la fin des soins, nous adresser le certificat médical de consolidation listant les éventuelles séquelles fonctionnelles.**

**Conservez un double de votre déclaration**

**Deux accusés de réception seront envoyés : un exemplaire à l'assuré et l'autre au Club**