

# Déclaration d'Accident



## Fédération Française de Cyclotourisme

A renvoyer dans les 5 jours au Cabinet GOMIS-GARRIGUES - 17 boulevard de la Gare 31400 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 **49924439** et le N° de protocole **921452**



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) ?		<input type="checkbox"/> <b>Licencié FFCT :</b>	
[ ] Oui		N° de la Licence :	
[ ] Si non, pourquoi :		<b>Joindre une copie de cette licence</b>	
- d'une mutuelle ou assurance santé (complémentaire) ?		Type 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. :		<input type="checkbox"/> <b>Non-licencié FFCT, participant à une :</b>	
[ ] Individuelle accident (scolaire, MAIF, autre...) :		[ ] de ses trois premières sorties	
[ ] Garantie des Accidents de la Vie :		[ ] 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	
		Option du Club : [ ] A - [ ] B - [ ] B+ - [ ] E	
Description de l'Accident			
Date et heure :			
Adresse, ville, département :			
Circonstances détaillées :			
Nature de vos Blessures :		<b>Joindre le certificat médical initial descriptif des blessures</b>	
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 [ ] [ ] Rando pédestre	[ ] Sortie "groupée" (Club)
VTT [ ] [ ] Ski de fond	[ ] Sortie individuelle (hors Club)
VTC [ ] [ ] Camping	Distance parcourue au moment de l'accident
Tandem [ ] [ ] Trajets vélo	KM :
Tricycle [ ] [ ] Activité non sportive	Préciser éventuellement :
Autre [ ] 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 au assuré et l'autre au Club**