

Fédération Française de Cyclotourisme

A renvoyer dans les 5 jours au Cabinet GOMIS-GARRIGUES - 80 Allée des Demoiselles 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) ? [] Oui [] Si non, pourquoi :	[] Licencié FFCT : N° de la Licence :
- d'une mutuelle ou assurance santé (complémentaire) ? [] Si oui, nom de l'assureur : [] Non Si non, joindre une attestation sur l'honneur en ce sens	Joindre une copie de cette licence Type de licence : [] MB - [] PB - [] GB Garanties compl. : [] dommages vélo [] vol Options : [] Indemnités Journalières [] Décès - invalidité [] Doublement des capitaux
Nom, adresse, N° de contrat de vos assureurs : [] Habitation / Resp. Civ. :	[] Non-licencié FFCT, participant à une :
[] 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 :	Joindre le certificat médical initial descriptif des blessures
---------------------------	---

Décès : [] cardiovasculaire - [] suite blessures	Hospitalisation : [] Oui - [] Non
--	-------------------------------------

Durée d'immobilisation : **Joindre bulletin hospitalisation + arrêt de travail ou certificat d'éviction scolaire**

Dommages matériels : **Joindre facture d'achat, photos des dégâts et devis de réparation ou attestation d'irréparabilité**

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 :	
Assureur :	Votre Analyse des Faits :
Adresse :	
CP - Ville :	
Références :	

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