

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) ?		[] Licencié FFCT :	
[] Oui		N° de la Licence :	
[] Si non, pourquoi :		Joindre une copie de cette licence	
- 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	
Si non, joindre une attestation sur l'honneur en ce sens		[] Décès - invalidité	
Nom, adresse, N° de contrat de vos assureurs :		[] Doublement des capitaux	
[] Habitation / Resp. Civ. :		[] Non-licencié FFCT, participant à une :	
		[] 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	
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 :	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**