

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) ? | | <input type="checkbox"/> 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. : | | <input type="checkbox"/> 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 : | |
| | |

(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 VTT [] [] Ski de fond VTC [] [] Camping Tandem [] [] Trajets vélo Tricycle [] [] Activité non sportive Autre [] à préciser : | [] Sortie "groupée" (Club) [] Sortie individuelle (hors Club) Distance parcourue au moment de l'accident KM : Préciser éventuellement : |

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