

Déclaration d'accident



À renvoyer dans les 5 jours à :

Fédération Française de la Montagne et de l'Escalade
8/10, quai de la Marne
75019 Paris

Téléphone : 01 40 18 75 55 - Danica DODEV

Télécopie : 01 40 18 75 59

Courriel : d.dodev@ffme.fr ou ffme@cabinet-gomis-garrigues.fr

Télédéclaration en ligne : <https://www.cabinet-gomis-garrigues.fr/federation-francaise-montagne-escalade.html>

Numéro de contrat 60337812

En cas de rapatriement au domicile du bénéficiaire et préalablement à toute intervention, vous devez impérativement téléphoner à Allianz Assistance France au 01 40 25 15 24 ou à partir de l'étranger au 33 (1) 40 25 15 24

Identité du blessé

Nom - Prénom

Adresse :

Code postal Commune

Date de naissance

Tél. Tél. portable E-mail

N° de licence FFME

Qualité du blessé : Dirigeant statutaire Sportif de haut niveau

Régime de prévoyance

Le blessé est-il ? assuré social travailleur indépendant

Si non assuré social, indiquez la raison

N° immatriculation

Régime complémentaire : le blessé a-t-il une mutuelle ? oui non

Si oui, précisez le nom et l'adresse

Avez-vous un autre contrat susceptible de garantir le présent accident ? (individuelle accident ou autre) oui non

Si oui, précisez :

— le nom de la compagnie

— l'adresse

— le numéro de contrat

Nature des garanties souscrites

- | | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> base 11 € | <input type="checkbox"/> base + 14 € | <input type="checkbox"/> base ++ 21 € | <input type="checkbox"/> licence découverte |
| <input type="checkbox"/> IJ 1 | <input type="checkbox"/> IJ 2 | <input type="checkbox"/> IJ 3 | |
| <input type="checkbox"/> Option VTT | <input type="checkbox"/> Option Trail | <input type="checkbox"/> Option Ski de piste | <input type="checkbox"/> Option Slackline/Highline |

Identification du club

Nom du club

N° affiliation du club

Tél. E-mail

Nom et adresse du correspondant

Code postal Commune

Autre assurance du club

Renseignements concernant l'accident

Date et heure de l'accident _____ à _____ heures

Lieu et département (nom du lieu-dit, de la falaise, etc.)

Code postal Commune Dépt. Pays

Contexte de l'activité pratiquée au moment de l'accident (cocher la ou les cases correspondantes)

L'accident s'est produit au cours :

- d'une pratique loisir
 d'une compétition
 d'un entraînement
 d'un stage FFME - N° du stage

Activité organisée par le club oui non

Activité encadrée par le club oui non

Activité individuelle (hors club) oui non

Aucun rapport avec l'exercice d'une activité (trajet, autre : précisez) :

Niveau de pratique :

débutant confirmé expert

Nature de l'activité :

alpinisme ski de piste canyoning
 expéditions lointaines escalade en falaise escalade sur SAE/en salle
 ski alpinisme raquette à neige escalade en bloc
 randonnée en montagne VTT slackline/highline
 trail autres



Description circonstanciée de l'accident (veuillez être le plus précis possible : déroulement, manœuvre, matériel utilisé, analyse de la situation, début ou fin d'exercice, etc.) :

Constat ou PV établi par : Huissier Gendarmerie Autre Précisez : _____
 N° du constat ou PV : Nom et adresse du ou des témoins : Tél. : _____ E-mail : _____

Identification des blessures

Zone, membre ou articulation concernée :

Nature des blessures : fracture entorse luxation contusion poly-traumatisme décès autre

Précisez : _____

Durée de l'arrêt de travail ou éviction scolaire : _____

Implication de tiers dans l'accident :

Nom, adresse, assurance du responsable (tiers) ou co-responsable de l'accident : Nom et adresse du tiers auquel vous avez causé des dommages (s'il y a lieu) : Profession : Nature de l'assurance du tiers : Nature des dommages causés (corporels, matériels) :

La protection de vos données personnelles

Les informations médicales recueillies directement ou indirectement, notamment feuilles de soins, demandes de prise en charge établies par les établissements hospitaliers publics ou privés, flux informatiques télétransmis par les professionnels de santé que vous consultez, courriers ou certificats médicaux, font l'objet d'un traitement manuel et/ou informatique destiné à la gestion de votre dossier.
 Les documents médicaux seront transmis au service médical d'Allianz et à son réassureur si besoin, dans le respect du secret médical, ainsi que tous autres documents qui seront nécessaires pour le traitement de ce dossier, mais également aux différents organismes et partenaires en lien avec les entreprises du Groupe Allianz.
 Ces destinataires peuvent parfois se situer en dehors de l'Union Européenne. Dans ce cas, nous concevons des garanties spécifiques pour assurer la protection complète de vos données.
 Vos informations personnelles nous aident à mieux vous connaître, et ainsi à vous proposer des solutions et services qui vous correspondent. Nous les conservons tout au long de la vie de votre contrat. Une fois ce dernier fermé, elles sont conservées pendant le délai de prescription. Vous gardez bien sûr tout loisir d'y accéder, de demander leur modification, rectification, portabilité, effacement et de vous opposer à leur utilisation. Vous pouvez également prendre contact avec le responsable des données personnelles pour toute information ou contestation (loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978). Pour cela, il vous suffit de nous écrire par mail à informatiqueetliberte@allianz.fr, par courrier à l'adresse Allianz - Informatique et Libertés – Case courrier S1805 – 1 cours Michelet – CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex.
 Vous pouvez également vous adresser à la CNIL.
 Pour plus de détails, reportez-vous aux documents contractuels, notamment les dispositions générales ou notices d'information et les sites internet d'Allianz.
 Protéger les victimes et nous protéger nous-mêmes est au cœur de la politique de maîtrise des risques d'Allianz et de la lutte anti-fraude. Aussi, nous gardons la possibilité de vérifier ces informations et de saisir, si nécessaire, les autorités compétentes.

Fait à _____ Le | _____ Signature du licencié

Document à joindre à la déclaration d'accident :

- **certificat médical initial descriptif des blessures**
- Document à fin de remboursement à adresser ultérieurement :
- **décomptes originaux de Sécurité sociale ou de votre Mutuelle**
- Conservez un double de votre déclaration.**