

Fédération Française de Cyclotourisme

A renvoyer dans les 5 jours à AMPLITUDE ASSURANCES GOMIS-GARRIGUES –

17 bld de la Gare - 31500 TOULOUSE Tél. : 05 61 52 19 19 - E-mail : ffct@cabinet-gomis-garrigues.fr

**En cas de rapatriement au domicile du bénéficiaire, et préalablement à toute intervention, téléphoner à :****AXA Assistance au 01 55 92 12 94 en mentionnant le N° de Convention 0 8 0 4 1 3 7**

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 - 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 Nom, adresse, N°de contrat de vos assureurs : [] Habitation / Resp. Civ. : [] Individuelle accident (scolaire, MAIF, autre...) : [] Garantie des Accidents de la Vie :	Licencié FFCT : Vélo Balade [] Vélo Rando [] Vélo Sport [] N°de la Licence : :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 [] Non-licencié FFCT, participant à une : [] de ses trois premières sorties [] 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+
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 MATERIELS

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 : Adresse : CP - Ville : Téléphone : E-mail : Assureur : Adresse : CP - Ville : Référence :	Nature des dommages causés au tiers, le cas échéant : Votre Analyse des Faits : <i>(responsabilités laissées à l'appréciation de l'Assureur)</i>
---	--

Témoignages éventuels

Nom, prénom	Adresse, téléphone, e-mail :
Activité pratiquée	Contexte de l'accident
Route <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rando pédestre VTT <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ski de fond VTC <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Camping Tandem <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trajets vélo Tricycle <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Activité non sportive Autre <input type="checkbox"/> à préciser :	<input type="checkbox"/> Sortie "groupée" (Club) <input type="checkbox"/> 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 :
(signature)	(signature et cachet du Club)

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.

La protection de vos données personnelles

es informations médicales recueillies directement ou indirectement, notamment les 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 ont l'objet d'un traitement manuel et/ou informatique destiné à la gestion de votre dossier.

es documents médicaux seront transmis au service médical d'Amplitude Assurances et à l'assureur AXA si besoin, dans le respect du secret médical, ainsi que tous autres documents qui seront nécessaires pour le traitement de ce dossier;

os 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.

ous 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 contact@cabinet-gomis-garrigues.fr, par courrier à l'adresse Amplitude Assurances – 17 Boulevard de la Mare 31500 Toulouse. Vous pouvez également vous adresser à la CNIL – 3 Place de Fontenay – TSA80715 -75334 Paris Cedex07.

our plus de détail, reportez-vous aux documents contractuels, notamment les dispositions générales ou notices d'information et les sites internet www.cabinet-gomis-garrigues.fr.

rotéger les victimes et nous protéger nous-mêmes est au cœur de la politique de maîtrise des risques d'Amplitude Assurances et de la lutte anti-fraude. Aussi, nous gardons la possibilité de vérifier ces informations et de saisir, si nécessaire, les autorités compétentes.