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
Numéro de contrat ALLIANZ N° 62664351
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 (Convention N°922892)

Identité du blessé

Nom – Prénom : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Commune : _____
Date de naissance : _____
Tél : _____ Tél. portable : _____ E-mail : _____
N° de licence FFME : _____
Qualité du blessé : Licencié ☐ Sportif de haut niveau ☐ Dirigeant statutaire ☐ Bénévoles ☐

Régime de Prévoyance

Le blessé est-il ? assuré social ☐ travail indépendant ☐ N° immatriculation _____
Si non assuré social, indiquer la raison : _____
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 : _____ Numéro de contrat : _____
Adresse : _____

Nature des garanties souscrites

Licence RC seule ☐ base 14 € ☐ base + 17 € ☐ base ++ 24 € ☐ licence découverte ☐
IJ 1 ☐ IJ 2 ☐ IJ 3 ☐
Option VTT ☐ Option Trail ☐ Option Ski de piste ☐ 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 _____
Lieu : Code postal _____ Commune _____ Dépt. _____ Pays _____

Description circonstanciée de l'accident (déroulement, manœuvre, matériel utilisé, analyse de la situation, début ou fin de l'exercice etc…) :
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Constat ou PV établi par : Huissier ☐ Gendarmerie ☐ Autre ☐ Précisez : _____
N° du constat ou PV : _____
Nom et adresse du ou des témoins : _____
_____

Questionnaire

Contexte de l'activité pratiquée au moment de l'accident :

Pratique loisir ☐ Compétition ☐ Entrainement ☐ Stage ☐ Autre ☐

Encadrement de l'activité :

Activité organisée par un Club/CT/Ligues FFME ☐ Activité organisée par un Club/CT/Ligues FFME ☐

Activité individuelle ☐ Aucun rapport avec l'exercice d'une activité (trajet, …) ☐

Activité pratiquée au moment de l'accident :

Alpinisme, cascade de glace ☐ Canyonisme ☐ Escalade (SAE-Bloc) ☐ Escalade (SAE-Corde) ☐ Escalade (SNE-Bloc) ☐

Escalade (SNE-Corde) ☐ Expéditions lointaines ☐ Randonnée de montagne, trekking ☐ Raquettes à neige ☐

Ski de piste ☐ Ski -alpinisme, ski de randonnée, surf alpinisme ☐ Slackline et Highline ☐ Via ferrata, Escalad'arbre ☐

VTT ☐ Trail ☐ Autres ☐

Système d'assurage :

Non Assisté (Plaquette, Tube, Sceau, Panier,…) ☐ Semi-Assisté (Smart, ATCPilot, Jul, Click up,…) ☐

Assisté (Grigri, Neox, Birdie, Eddy, …) ☐ Enrouleur ☐ Je ne sais pas ☐ Autre ☐ Non concerné ☐

Niveau de pratique :

Débutant ☐ Confirmé ☐ Expert ☐

Zone, membre ou articulation concernée :

Doigt ☐ Main ☐ Poignet ☐ Avant-bras ☐ Coude ☐ Bras ☐ Epaule ☐ Clavicule ☐ Omoplate ☐ Bassin ☐ Fesse ☐

Hanche ☐ Cuisse ☐ Genou ☐ Ménisque ☐ Jambe ☐ Cheville ☐ Pied ☐ Orteils ☐ Abdomen ☐ Thorax/Côtes ☐

Tête ☐ Face ☐ Nez ☐ Œil ☐ Oreille ☐ Colonne cervicale ☐ Colonne dorsale ☐ Colonne lombaire ☐ Sacrum/ Coccyx ☐

Organes génitaux ☐ Autre ☐

Nature des blessures :

Fracture ☐ Luxation ☐ Claquage/Elongation ☐ Rupture musculaire ☐ Entorse ☐ Plaie cutanée ☐ Hématome ☐

Contusion ☐ Polytraumatisme ☐ Malaise ☐ Décès ☐ Autre ☐

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.