

# 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](mailto:d.dodev@ffme.fr) ou [sinistres@ffme.fr](mailto:sinistres@ffme.fr)  
Numéro de contrat 55003726

**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   
Prénoms   
Adresse : N°  Rue/Bd/Av   
Rés., Bât., Esc. ,   
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, indiqué 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

base 11 €  base + 14 €  base ++ 21 €  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  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, manoeuvre, 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 : \_\_\_\_\_

<b>Identification des blessures</b>
-------------------------------------

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](mailto: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.**