

Pour accélérer le traitement de votre dossier, merci d'effectuer votre déclaration d'accident en ligne :
www.ffrandonnee.fr Rubrique Extranet > Déclarer un sinistre

Toutes les rubriques sont importantes. Veuillez les remplir le plus complètement possible

IDENTITÉ DU DÉCLARANT

Le déclarant est la victime n'est pas la victime
N° de licence ou de carte : Qualité (animateur, président, randonneur...):
N° d'association ou Comité :
Nom : Prénom :
Adresse :
Code postal : Ville :

IDENTITÉ DE LA VICTIME

Couverture

N° de licence ou de carte :
Qualité (animateur, baliseur, collecteur, randonneur...):
Type de Licence ou de carte: IRA FRA FRAMP IMPN FMPN
 Randocarte® Randocarte® Découverte Carte de Baliseur/Collecteur officiel
Date de souscription :
N° d'association : Comité :
Nom : Prénom :
Adresse :
Code postal : Ville :
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) Sexe: Féminin Masculin

L'ACCIDENT

Date de l'accident (JJ/MM/AAAA) / / Lieu et département (ou pays) de l'accident
Heure de départ de la randonnée : h Heure de l'accident : h
Distance totale de la rando prévue : km Dénivelé positif total prévu : m
Type d'organisation: Associative Individuelle
Coordonnées GPS du lieu de l'accident (facultatif) :

Activité pratiquée:

Randonnée pédestre Marche Nordique Marche Aquatique Côtière
 Balisage/ Collecte Raquette à neige Ski de fond
 Ski de piste Ski de randonnée VTT
 Autre (à préciser):

Circonstances

Lors du trajet aller/retour Lors de la randonnée
 Chute Glissade
 Autre (à préciser):
Utilisation des bâtons de randonnée au moment de l'accident : Oui Non

Nature du terrain

- Itinéraire balisé Itinéraire non balisé Hors itinéraire
 Route Autres (préciser) :

Conditions météorologiques

- Pluie Neige Beau temps Brouillard Vent

Traumatologie

PARTIE DU CORPS \ TYPE DE TRAUMATO	Contusion(s)	Hématome(s)	Luxation(s),	Entorse(s)	Fracture(s)
Epaule					
Avant bras					
Poignet					
Coude					
Main					
Hanche					
Cuisse					
Genou					
Jambe					
Mollet					
Cheville					
Pied					
Tête					
Colonne vertébrale					
Abdomen					
Thorax					

- Accident cardio-vasculaire Accident respiratoire Autre (à préciser) :

Prise en charge par :

- Vous-même Le service d'urgence (SAMU, PGHM, Pompiers, Croix rouge)
 Un membre du groupe Un tiers

Y-a-t'il eu évacuation ?

- Non Oui
 Ambulance Véhicule personnel Hélicoptère
 Autre (à préciser) :

Y-a-t'il eu hospitalisation ?

- Non Oui Si, oui Avec nuitée Sans nuitée

Y-a-t'il eu intervention chirurgicale ?

- Non Oui

Y-a-t'il eu rapatriement (de l'étranger) ?

- Non Oui
 Par Mondial Assistance Par un autre assesseur

Décès: Oui Non

Date, lieu et signature

Fait à

Le (JJ/MM/AAAA)

Signature de l'assuré-licencié ou de son(ses) ayant(s) droit en cas de décès de celui-ci, ou signature du déclarant.