Pour accélérer le traitement de votre dossier, merci d'effectuer votre déclaration d'accident en ligne : https://www.ffrandonnee.fr/adherer/la-licence-federale/licence-que-faire-en-cas-de-sinistre, ou fr.ffrandonnee@wtwco.com

DÉCLARATION DE SINISTRE À ADRESSER DANS LES 10 JOURS ACCOMPAGNÉE DE LA COPIE DE VOTRE LICENCE ET D'UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONSTATATION DE VOTRE BLESSURE

(Certificat médical à adresser sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de Willis Towers Watson France) : WTW DGPL FEDERATIONS - 2, rue de Gourville - 45911 Orléans Cedex 9 - 09 72 72 01 19

OU fr.ffrandonnee@wtwco.com

L'assuré :

Civilité : ☐ Mme ☐ M.
Nom : .....
Prénom : .....
Adresse : .....
.....
Code Postal : ..... Ville : .....
Téléphone : ..... E-mail : @

Date de Naissance : …. / …. / …… Numéro de Sécurité Sociale : …. - …. …. - …. …. - …. …. - …. …. ….- …. …. ….- …. ….

Numéro de licence : .....

Type de licence :

☐ Licence unique individuelle

Avec option assurance ☐ accident corporel ☐ Multi loisirs de pleine nature ☐ Jeune

☐ Licence unique Famille

Avec option assurance ☐ accident corporel ☐ Multi loisirs de pleine nature

☐ Randopass ☐ Randopass+ ☐ Randopass jeune ☐ Carte Baliseur/Collecteur officiel

☐ Invités ☐ Bénévoles Pass découverte

Date de souscription :..... Nom de l'association affiliée : .....
Nom du Comité Régional : .....

Une option complémentaire **auprès de WTW** a-t-elle été souscrite ? ☐ Oui ☐ Non
Nom et N° du contrat d'assurance **complémentaire santé (mutuelle santé)** : .....
Nom et N° du contrat **d'assurances similaires souscrites** (assurance multirisque vie privée, autre licence, etc..) : .....

L'accident

Date de l'accident : …. / …. / …….. Heure de l'accident : h
Lieu de l'accident .....
.....
Code Postal : ..... Ville : .....

Nature de l'activité pratiquée lors de l'accident :

☐ Randonnée Pédestre ☐ Marche Nordique ☐ Raquette à neige ☐ Ski de randonnée ☐ VTT
☐ Longe-Côte - Marche Aquatique ☐ Balisage/Collecte ☐ Ski de piste ☐ Ski de fond
☐ Autre (à préciser) : .....

Si l'accident est survenu lors d'une activité de randonnée :

Type d'organisation : ☒ Associative ☒ Individuelle
Heure de départ de la randonnée : h
Distance totale de la rando prévue : km
Dénivelé positif total prévu : m
Coordonnée GPS du lieu de l'accident (facultatif) : .....

Détail des circonstances de l'accident

(à préciser dans tous les cas, même si un procès-verbal de gendarmerie ou un rapport de police a été établi)

.....
.....
.....
.....
.....

Croquis (facultatif):

Précisions sur les 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
☐ Autre (à préciser) : .....

Conditions météorologiques

☐ Pluie ☐ Neige ☐ Beau temps ☐ Brouillard ☐ Vent

La prise en charge médicale :

☐ Vous-même ☐ Un service d'urgence (SAMU, Pompiers, PGHM, Croix Rouge etc…)
☐ Un membre du groupe ☐ Un tiers

Evacuation : ☐ Non ☐ oui
☐ Ambulance ☐ Véhicule personnel ☐ Hélicoptère ☐ Autre : .....

Hospitalisation : ☐ Non ☐ oui, Si oui combien de nuitées ? .....

Intervention Chirurgicale : ☐ Non ☐ oui

Rapatriement de l'étranger : ☐ Non ☐ oui, Si oui avec quel Assisteur ? .....

Dommages corporels de l'assuré :

Nature des blessures :
☐ Blessures légères ☐ Traumatismes
☐ Brûlures ☐ Plaie ☐ Entorse
☐ Fractures ☐ Malaise ☐ Décès
☐ Autre, précisez : .....
Perte de connaissance : ☐ Oui ☐ Non
Siège des blessures :
☐ Tête ☐ Epaule ☐ Bassin ☐ Membres inférieurs ☐ Membres supérieurs
☐ Localisation Multiple☐ Région Cervicale
☐ Dents ☐ Cœur ☐ autre, précisez :.....

Dommages matériels :

Descriptif du préjudice matériel : .....
.....
.....
.....
Lieu ou le matériel endommagé peut être expertisé : .....
.....
.....
Estimation financière du préjudice :
.....
.....

PIECES JUSTIFICATIVES

(Selon l'instruction du dossier sinistre, d'autres pièces peuvent vous être demandés)

À joindre avec la présente déclaration :

Willis Towers Watson France, Département Sport & Évènement
DGPL Fédérations - 2, rue de Gourville - 45911 Orléans Cedex 9
09 72 72 01 19 OU **fr.ffrandonnee@wtwco.com**

En cas de blessure

- Attestation médicale ou certificat médical
- Bulletin de situation / sortie, si hospitalisation
- Justificatifs des frais médicaux engagés (factures optique, dentaire)
- Copie des bordereaux de remboursement des organismes sociaux

En cas d'Invalidité

- Le certificat médical de CONSOLIDATION
- Tous documents médicaux en votre possession

En cas d'arrêt de travail supérieur à 8 jours

- Le certificat médical initial et les certificats médicaux de prolongation
- Le dernier avis d'imposition au jour de l'accident
- Les justificatifs de revenus de remplacement perçu pendant la période d'incapacité

En cas de décès

- L'acte de décès
- Une pièce médicale précisant la cause du décès
- Le procès-verbal de gendarmerie
- Un certificat d'hérédité établi par le notaire chargé de la succession

Le signataire de la présente déclaration certifie l'exactitude des informations déclarées ci-dessus. Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle peut entrainer une non-garantie au titre du sinistre déclaré ainsi que des poursuites.

Fait à : ..... Le : / /

Nom et Signature :

Tampon de l'association affiliée (ou signature de son représentant) si la déclaration est faite par l'association.

Fait à : ..... Le : / /

« Nous vous informons que les données à caractère personnel recueillies sont nécessaires pour la prise en compte de votre adhésion et la gestion de votre contrat d'assurance. Dans ce cadre, ces données peuvent être transmises à l'Assureur et peuvent également être communiquées à des experts, à nos conseils, à nos prestataires et sous-traitants. A défaut d'opposition expresse de votre part, nous pourrons vous adresser des courriers ou emails d'information en lien avec votre contrat sans caractère commercial. Vos données personnelles recueillies et traitées dans le cadre de la gestion de votre contrat ne seront toutefois jamais utilisées à des fins de prospection commerciale. La base juridique du traitement de vos données est l'exécution de votre contrat d'assurance ou le consentement concernant l'éventuel traitement de vos données de santé. La base juridique du traitement de vos données est l'exécution de votre contrat d'assurance. Ces données sont conservées aussi longtemps que nécessaire pour la gestion de votre contrat et au-delà, à compter de la clôture du dossier, pendant la durée autorisée ou imposée par une disposition légale ou réglementaire. Vous disposez de droits d'accès, de rectification, de limitation du traitement, ainsi que du droit à la portabilité de vos données. Vous pouvez également vous opposer pour motifs légitimes à ce que vos données fassent l'objet d'un traitement. Il est précisé que l'exercice de certains de ces droits peut entraîner au cas par cas pour Willis Towers Watson France, l'impossibilité de gérer votre contrat et donc les prestations liées à ce dernier. Vous pouvez exercer vos droits à tout moment, sous réserve de justifier de votre identité, et contacter le Délégué à la Protection des Données par courrier électronique à l'adresse fr.informatique.libertes@wtwco.com ou par voie postale à l'adresse suivante : Willis Towers Watson France – Délégué à la Protection des Données -Tour HEKLA 52 Avenue du Général de Gaulle | CS 10427 92094 La Défense Cedex Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : CNIL – 3, place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07. En fournissant vos données personnelles et, notamment des données à caractère médical, vous autorisez expressément leur utilisation pour les besoins de la prise en compte de votre adhésion et de la gestion de votre contrat. Par ailleurs, si vous fournissez des renseignements au sujet d'une autre personne, vous vous engagez à l'informer de l'utilisation de ses données personnelles et à obtenir son consentement pour une telle utilisation en son nom.

CERTIFICAT MEDICAL DE CONSTATATION DE BLESSURE

Ce certificat doit être joint à la déclaration de sinistre, sous enveloppe, indiquant la mention *« lettre confidentielle à l'attention du Médecin Conseil de Willis Towers Watson France ».*

Je soussigné(e) docteur .....

certifie avoir examiné de jour, …. / …. / …….. ,

Monsieur, Madame, ...

à la suite de l'accident du …. / …. / …….. .

Descriptif des blessures : .....

.....

.....

.....

.....

L'accident nécessite-t-il une hospitalisation ? ☐ Oui ☐ Non

Etablissement/ service : .....

.....

Durée de l'hospitalisation : …… jours

Nature des traitements/ soins en cours : .....

.....

.....

L'accident a-t-il entraîné un arrêt de travail ? ☐ Oui ☐ Non

Durée prévisible de l'arrêt de travail : **……** jours

Les lésions imputables à l'accident sont-elles susceptibles d'entraîner une invalidité permanente après consolidation ? ☐ Oui ☐ Non

Fait à : ..... Le : …. / …. / ……..

Signature et cachet du médecin :