



# Fédération Française de Gymnastique

Contrat n° 59065326

À renvoyer dans les 5 jours à : FFG – 7ter cour des Petites Écuries – 75010 Paris – Tél. : 01 48 01 24 48 – Fax : 01 47 70 16 07

Cette déclaration d'accident établie par le blessé doit être contresignée par un responsable du club.

En cas de rapatriement au domicile du bénéficiaire, et préalablement à toute intervention, téléphoner à :

Allianz Assistance au 01 40 25 50 32 en mentionnant le numéro de contrat 922403/59065326.

## Identité du blessé

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

N° licence FFG \_\_\_\_\_ Joindre impérativement une photocopie de la licence

Date de naissance \_\_\_\_\_ Sexe du blessé  masculin  féminin

Profession du blessé \_\_\_\_\_

Le blessé est-il gymnaste de haut niveau inscrit sur liste ministérielle ? .....  Oui  NonLe blessé est-il dirigeant ? .....  Oui  Non

Transmettre obligatoirement un certificat médical descriptif des blessures.

## Régime de prévoyance

Le blessé est-il ?  Assuré social  Non assuré social (en préciser la raison) \_\_\_\_\_ Travailleur indépendant ou commerçant  Étudiant Autre \_\_\_\_\_Régime complémentaire : le blessé a-t-il une mutuelle ? .....  Oui  Non

Nous préciser : Le nom de cette mutuelle \_\_\_\_\_

Autre assurance personnelle :  Individuelle accident  Garantie des accidents de la vieQuelle garantie optionnelle avez-vous choisie ?  Indemnités journalières \_\_\_\_\_ euros  Option 1  Option 2

## Identification du club

Nom du club \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Adresse du correspondant \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Autre assurance du club \_\_\_\_\_

Joindre impérativement la copie du bulletin n° 2 de la notice d'information

## Circonstances de l'accident

Date \_\_\_\_\_ Lieu : code postal \_\_\_\_\_ ville \_\_\_\_\_

Nom et adresse des témoins \_\_\_\_\_

Déclaration circonstanciée de l'accident \_\_\_\_\_

Signature du blessé

Signature du responsable du club et cachet

## Questionnaire

Discipline pratiquée (un seul choix possible)

GAM
<input type="checkbox"/> Sol
<input type="checkbox"/> Arçons
<input type="checkbox"/> Anneaux
<input type="checkbox"/> Saut
<input type="checkbox"/> Barres parallèles
<input type="checkbox"/> Barre fixe
<input type="checkbox"/> Hors agrès

GAF
<input type="checkbox"/> Saut
<input type="checkbox"/> Barres asymétriques
<input type="checkbox"/> Poutre
<input type="checkbox"/> Sol
<input type="checkbox"/> Hors agrès

GR
<input type="checkbox"/> Corde
<input type="checkbox"/> Cerceau
<input type="checkbox"/> Ballon
<input type="checkbox"/> Massues
<input type="checkbox"/> Ruban
<input type="checkbox"/> Hors engin

<input type="checkbox"/> GFL	<input type="checkbox"/> TRA
<input type="checkbox"/> AER	<input type="checkbox"/> ACR
<input type="checkbox"/> TUM	

Circonstances de l'accident

L'accident s'est produit au cours :
<input type="checkbox"/> d'un entraînement
<input type="checkbox"/> d'une compétition
<input type="checkbox"/> d'une séance de préparation physique
<input type="checkbox"/> d'un échauffement
<input type="checkbox"/> du trajet
<input type="checkbox"/> aucun rapport avec l'exercice gymnique
<input type="checkbox"/> autre _____

Catégorie du blessé
<input type="checkbox"/> Gymnaste
<input type="checkbox"/> Entraîneur
<input type="checkbox"/> Dirigeant/Juge/Autre

Niveau de pratique
<input type="checkbox"/> Club
<input type="checkbox"/> Départemental
<input type="checkbox"/> Régional
<input type="checkbox"/> National
<input type="checkbox"/> International

Mouvement effectué (un seul choix possible)

Course d'élan/entrée  Sortie  Dans le corps de l'enchaînement  Autre \_\_\_\_\_

Localisation des blessures (plusieurs choix possibles)

<input type="checkbox"/> Doigts	<input type="checkbox"/> Clavicule	<input type="checkbox"/> Ménisque	<input type="checkbox"/> Tête	<input type="checkbox"/> Colonne lombaire
<input type="checkbox"/> Main	<input type="checkbox"/> Omoplate	<input type="checkbox"/> Jambe	<input type="checkbox"/> Face	<input type="checkbox"/> Sacrum/Coccyx
<input type="checkbox"/> Poignet	<input type="checkbox"/> Bassin	<input type="checkbox"/> Cheville	<input type="checkbox"/> Nez	<input type="checkbox"/> Organes génitaux
<input type="checkbox"/> Avant bras	<input type="checkbox"/> Fesse	<input type="checkbox"/> Pied	<input type="checkbox"/> Œil	<input type="checkbox"/> Autre _____
<input type="checkbox"/> Coude	<input type="checkbox"/> Hanche	<input type="checkbox"/> Orteils	<input type="checkbox"/> Oreille	_____
<input type="checkbox"/> Bras	<input type="checkbox"/> Cuisse	<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Colonne cervicale	_____
<input type="checkbox"/> Épaule	<input type="checkbox"/> Genou	<input type="checkbox"/> Thorax/Côtes	<input type="checkbox"/> Colonne dorsale	_____

Type de blessure (plusieurs choix possibles)

Fracture  Claquage/Élongation  Entorse  Hématome

Luxation  Rupture musculaire  Plaie cutanée  Contusion  Autre \_\_\_\_\_

Traitement immédiat (plusieurs choix possibles)

Aucun  Immobilisation  Hospitalisation  Chirurgie  Autre \_\_\_\_\_

L'accident a-t-il entraîné l'arrêt de la compétition ou de l'entraînement ? .....  Oui  Non

Deux accusés de réception de la déclaration seront envoyés au club qui remettra un exemplaire au blessé.

## 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 détail, 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.