

# DÉCLARATION D'ACCIDENT BOOMERANG

Référence FFVL n° .....

Formulaire à retourner dans **un délai de 5 jours** à :

FFVL - 4 rue de Suisse 06000 NICE - Tél : 04 97 03 82 77 – Fax : 04 97 03 82 83 – Email : [sinistres@ffvl.fr](mailto:sinistres@ffvl.fr)

## Identification (merci d'écrire en lettres capitales)

### Déclarant

Nom et prénom du déclarant : .....

Email du déclarant : ..... Téléphone : .....

### Accidenté

Nom et prénom du pilote accidenté : .....

## Partie I

**Date et heure de l'accident :** ...../...../..... à .....h.....min

## Assurances

**Souscription de l'Assistance Rapatriement :**  Oui  Non  Ne sais pas

Seules les prestations organisées par ou en accord de la compagnie sont prises en charge.

**Si OUI**, procédure à suivre **en cas de sinistre** :

En cas de demande d'assistance, il est **IMPERATIF** de prendre contact avec la compagnie

- par téléphone 01.55.98.57.82
- par téléphone de l'étranger : 33.1.55.98.57.82 précédé de l'indicatif local d'accès au réseau international
- par télécopie : 01.45.16.63.94
- par email : [medical@mutuaide.fr](mailto:medical@mutuaide.fr)

Vous devez vous munir :

- le n° de contrat : MUTUAIDE ASSISTANCE CONTRAT FFVL N°3494
- le nom et prénom de l'accidenté assuré
- l'adresse du domicile de l'accidenté
- le pays, la ville ou la localité dans laquelle se trouve l'accidenté assuré au moment de l'appel. Il conviendra d'être le plus précis possible et de préciser si possible
- le numéro de téléphone où la compagnie pourra vous joindre
- la nature du problème

**Avez-vous eu recours au rapatriement :**  Oui  Non

**Complément Individuelle Accident souscrit auprès du courtier :**  Oui  Non  Je ne sais pas

## Lieu de l'accident

**L'accident s'est passé :**  En France  Dans un autre pays : .....

**Nom du site :** .....

**Code postal :** ..... **Commune :** .....

## Dommages matériels

**Avez-vous abîmé votre matériel au cours de cet accident :**  Oui  Non  Je ne sais pas

**Si oui**, avez-vous souscrit à l'assurance "pack matériel" :  Oui  Non

La compagnie d'assurance va réclamer le devis ou la facture de réparation du matériel endommagé ainsi que les factures d'achat du matériel. Vous pouvez joindre ces documents à la présente déclaration ou bien les transmettre par mail au secrétariat fédéral à [sinistres@ffvl.fr](mailto:sinistres@ffvl.fr). Vous pouvez également joindre des photos des dégâts si vous en disposez.

**Avez-vous causé des dommages matériels à un ou plusieurs tiers :**  Oui  Non  Je ne sais pas

### Identité du tiers ayant subi une dégradation matérielle 1 :

Indiquer nom prénom et coordonnées postales, téléphoniques et email du tiers lésé

.....

### Identité du tiers ayant subi une dégradation matérielle 2 :

Indiquer nom prénom et coordonnées postales, téléphoniques et email du tiers lésé

.....

### Identité du tiers ayant subi une dégradation matérielle 3 :

Indiquer nom prénom et coordonnées postales, téléphoniques et email du tiers lésé

.....

## **Blessures de l'assuré**

**Gravité des blessures :**  0 : Pas blessé  1 : Légèrement blessé  2 : Blessé lourd (+ de 48h d'hospitalisation et/ou séquelles invalidantes)  
 3.1 Décès à l'endroit de l'accident  3.2 : Décès pendant le transport  3.3 : Décès au centre hospitalier

*Diagnostic(s) établi(s) par le(s) médecin(s) :*

.....

.....

### **Personne à contacter en cas de blessure grave ou de décès :**

*Nom, prénom, adresse et téléphone*

.....

.....

**Si décès, délai entre l'accident et le décès :** .....h.....min

## **Caractéristiques de l'impact**

**Position :**  A plat ventre  Assis dans le harnais  Couché dos  
 Debout dans le harnais  Indéterminé  Penché en avant  Je ne sais pas

**Impact :**  Sur les bras  Sur les jambes  Sur les fesses  A plat ventre  De côté  
 De dos  De face  En arrière  Aucun  Je ne sais pas

## **Localisation des blessures**

**Blessures :**  Bas de colonne  Haut de colonne  Interne  Membres inférieurs  
 Membres supérieurs  Tête  Tronc  Je ne sais pas

*Indications complémentaires :* .....

## **Tiers blessé**

**Gravité des blessures :**  Pas de tiers  0 : Pas blessé  1 : Légèrement blessé  
 2 : Blessé lourd (+ de 48h d'hospitalisation et/ou séquelles invalidantes)  3.1 Décès à l'endroit de l'accident  
 3.2 : Décès pendant le transport  3.3 : Décès au centre hospitalier

**Identité du tiers** (*Indiquer nom, prénom et coordonnées postales, téléphoniques et email du tiers blessé*)

.....

.....

**Si décès, délai entre l'accident et le décès :** .....h.....min

**En quoi le tiers est il lié à l'accident ? :**  Passager  Spectateur  Autre

*Indications complémentaires sur les blessures :* .....

## **Accident**

### **Description détaillée et factuelle des circonstances de l'accident :**

*Décrire de façon très précise le déroulement des évènements*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## **Témoins**

**Témoin 1** (*Indiquer nom, prénom et coordonnées postales, téléphoniques et email du témoin*)

.....

**Témoin 2** (*Indiquer nom, prénom et coordonnées postales, téléphoniques et email du témoin*)

.....

**Témoin 3** (*Indiquer nom, prénom et coordonnées postales, téléphoniques et email du témoin*)

.....

## Partie II

### Informations relatives au pilote

**Le pilote pratique l'activité depuis :**  0 – 1 an     1 – 2 ans     2 – 5 ans     Plus de 5 ans     Je ne sais pas  
**Fréquence de pratique de l'activité :**  Quotidienne     Week end     Mensuelle     Saisonnière     Je ne sais pas  
**Niveau de progression :**  En formation     Débutant     Pratiquant confirmé     Compétiteur  
 Elève moniteur     Moniteur     Encadrant     Je ne sais pas

### Contexte

**L'assuré pratiquait dans le cadre d'une école ou d'un club-école ? :**     Oui     Non

**De quelle école ou club-école ?** .....

**Identité du premier moniteur qui vous encadrait :** .....

*Indiquez le numéro de licence (7 chiffres + 1 lettre) ou le NOM PRENOM*

### Informations relatives à l'accident concernant le site

**Zone de pratique :**  Inconnu     Connu du pratiquant     Je ne sais pas  
**Le site est-il réservé à la pratique du boomerang :**     Oui     Non     Je ne sais pas  
**Est-ce une salle :**     Oui     Non     Je ne sais pas  
**Existe-t-il une convention d'utilisation déclarée :**     Oui     Non     Je ne sais pas  
**Présence d'obstacle sur le site :**     Oui     Non     Je ne sais pas  
**Nature du terrain :**  Herbe     Cailloux     Sable     Terre     Autre     Je ne sais pas  
**En fabrication :**     Atelier fixe     Itinérant     Non concerné     Je ne sais pas

### Informations relatives à l'accident concernant le matériel utilisé

**Équipement du pratiquant :**     Autre     Gants     Chaussures     Lunettes     Blouson     Pantalon     Je ne sais pas

### Identification du problème (cause de l'accident)

**Une erreur :**     De lancer     D'attention     Non concerné     Je ne sais pas  
**Liée à l'environnement :**  Site inadapté     Météo inadaptée     Non concerné     Je ne sais pas  
**Météo :**  Vent fort     Turbulences     Changement de vent     Foudre     Je ne sais pas  
**Environnement autre :**     Encombré     Sous le vent d'un obstacle     Collision avec un obstacle  
 Problème avec d'autres pratiquants     Problème avec le public     Panique     Je ne sais pas

**Autre :** .....

### Conditions météorologiques et/ou aérologiques

**Quelle était la force du vent :**  - de 5 nœuds     Entre 5 et 10 nœuds     Entre 10 et 15 nœuds     Entre 15 et 20 nœuds  
 Entre 20 et 25 nœuds     Entre 25 et 30 nœuds     Entre 30 et 35 nœuds     Entre 35 et 40 nœuds  
 + de 40 nœuds     Je ne sais pas

Date : ..... Signature :