

Vous pouvez effectuer votre déclaration de sinistre en ligne sur le site : ffcam.grassavoye-montagne.com

ou l'envoyer dans les 15 jours à : **WTW MONTAGNE - Service FFCAM**
Parc Sud Galaxie - 3B, rue de l'Octant - BP 279 - 38433 Échirolles Cedex

ADHÉRENT

Civilité Mr Mme Nom _____ Prénom _____ Date de naissance

Profession _____ Téléphone _____ e-mail _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

N° carte FFCAM (copie obligatoire de la carte d'adhérent) Club d'affiliation _____

Type de garanties souscrites RC seule Assurance de personne **Extension souscrite** I.A. renforcé Monde entier Protection plus

Affiliation Sécurité sociale Oui, n° SS Non **Régime complémentaire** (y compris régime complémentaire étranger) Oui Non

Si oui, régime _____

Autre assurance (ex : assurance élèves, vie privée) Oui Non Si oui, dénomination _____ N° de contrat _____

Avez-vous fait intervenir ces organismes ? Oui Non Si oui, lesquels _____

CIRCONSTANCES DU SINISTRE (à remplir dans tous les cas)

Date à h Lieu _____ Dépt.

Mode de pratique de l'activité à titre individuel dans quel club ou organisme : _____

Activité pratiquée au moment de l'accident : encadrée Nom de l'encadrant : _____

Randonnée Conditions météo : _____

Alpinisme : cascade de glace

Escalade : en salle en falaise

Vélo de montagne

Ski : alpin de randonnée de fond hors pistes

Raquettes à neige

Sports aériens : parapente paralpinisme parapente biplace delta-plane

Spéléologie

Canyon

Autre (préciser) _____

Circonstances précises _____

Nature des blessures (joindre le certificat médical correspondant) _____

Avez-vous été secouru(e) par le service des pistes Oui Non

Si oui par quels moyens ? traîneau/barquette scooter hélicoptère autres

Avez-vous été transporté(e) en ambulance ? Oui Non Si oui : Jusqu'au cabinet médical Jusqu'à l'hôpital Retour station

Constat de police ou de gendarmerie Oui Non Commissariat ou Brigade de _____ Numéro du procès verbal _____

L'ACCIDENT MET EN CAUSE UN TIERS (dans ce cas, compléter les rubriques spécifiques ci-dessous).

Tiers → auteur Oui Non victime Oui Non

Nom _____ Prénom _____

Profession _____ Téléphone _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Assureur : Cie _____ Police n° _____ Agence _____

Préciser la nature et l'importance des dégâts et blessures apparents.

Dommages matériels _____

Dommages corporels _____

TÉMOINS

Nom et adresse des témoins (joindre un témoignage ainsi qu'une copie recto-verso d'une pièce d'identité) _____

À _____ Qualité du signataire
Le _____ Signature

Cette déclaration est à adresser dans les 15 jours à WTW Montagne en joignant le certificat médical précisant la nature des blessures.