fédération française des clubs alpins et de montagne

PARTE DE SINIESTRO

wtw

Puede dar su parte de siniestro en línea desde el sitio: ffcam.grassavoye-montagne.com

o enviarlo en un plazo de 15 días a: WTW MONTAGNE - Service FFCAM
Parc Sud Galaxie - 3B, rue de l'Octant - BP 279 - 38433 Échirolles Cedex

AFILIADO

Civilidad ☐ Sr ☐ Sra. Apellidos Nombre Fecha de nacimiento ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Profesión Teléfono Mail

Dirección

Código postal Ciudad

N° de tarjeta FFCAM (copia obligatoria de la tarjeta de afiliado) ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐ Club de afiliación

Tipo de coberturas suscritas ☐ RC solo ☐ Seguro personal **Extensión suscrita** ☐ I.A. ampliación ☐ a Mundial ☐ Protection plus

Afiliación a la seguridad social ☐ Si, n° SS ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐ No **Régimen complementario** (incluido régimen complementario extranjero) ☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, régimen

Otros seguros (por ej.seguro escolar, vida privada) ☐ Si ☐ No En caso afirmativo, denominación N° de contrato

¿Ha hecho intervenir a estos organismos? ☐ Si ☐ No En caso afirmativo, cuáles

CIRCUNSTANCIAS DEL SINIESTRO (completar en todos los casos)

Fecha ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ hora ☐☐ h ☐☐ Lugar Dept. ☐☐

Modo de práctica de la actividad ☐ a título individual ☐ incorporada En caso afirmativo, indique mediante qué organismo

Actividad practicada en el momento del accidente :

Nombre de la persona en carga de la salida :

☐ Travesía

☐ Alpinismo: ☐ escalada en hielo

Condiciones climáticas :

☐ Escalada: ☐ en sala ☐ en pared

☐ Bicicleta de montaña

☐ Esquí: ☐ alpino ☐ de travesía ☐ de fondo ☐ fuera de pista

☐ Raquetas de nieve

☐ Deportes aéreos: ☐ parapente ☐ paralpinismo ☐ parapente biplaza ☐ ala delta

☐ Espeleología

☐ Descenso de cañones

☐ Otros (indicar)

Circunstancias precisas

Naturaleza de las lesiones (adjuntar el certificado médico correspondiente)

¿Ha recibido auxilio del servicio de pistas? ☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, ¿por qué medios? ☐ trineo/barquilla ☐ scooter ☐ helicóptero ☐ otros

¿Ha sido transportado en ambulancia? ☐ Si ☐ No En caso afirmativo: ☐ Hasta el consultorio médico ☐ Hasta el hospital ☐ Hasta la estación

Nombre y dirección de los testigos

Parte de policía ☐ Si ☐ No **o de gendarmería** ☐ Si ☐ No

Comisaría o Brigada de Numéro du procès verbal

EL ACCIDENTE IMPLICA A UN TERCERO (en este caso, completar las secciones específicas a continuación).

Terceros → autor ☐ Si ☐ No víctima ☐ Si ☐ No

Apellidos Nombre

Profesión Teléfono

Dirección

Código postal Ciudad

Aseguradora: Cía. Póliza n° Agencia

Daños materiales

Daños corporales

TESTIGOS

Nombre y dirección de los testigos (adjuntar un testimonio así como una copia de un documento de identidad por ambas caras)

En

Fecha

Calidad de signatario

Firma

Esta declaración debe enviarse en un plazo de 15 días a WTW Montagne adjuntando el certificado médico que precisa la naturaleza de las lesiones.