

Vous pouvez effectuer votre déclaration de sinistre en ligne sur le site : [ffcam.grassavoie-montagne.com](http://ffcam.grassavoie-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.