club alpin français
fédération française des clubs alpins et de montagne

DÉCLARATION DE SINISTRE

GRAS SAVOYE

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

ou l'envoyer dans les 5 jours à : **GRAS SAVOYE MONTAGNE - Service FFCAM**
Parc Sud Galaxie - 3B, rue de l'Octant - BP 279 - 38433 Échirolles Cedex

ADHÉRENT

Nom ____ Prénom ____ Date de naissance __ __ __ __ __ __ __ __

Profession ____ Téléphone ____ e-mail ____

Adresse ____

Code postal ____ Ville ____

N° carte FFCAM (copie obligatoire de la carte d'adhérent) ____

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

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 ☐ encadrée par la FFCAM

Activité pratiquée au moment de l'accident :

☐ Randonnée
☐ Alpinisme
☐ Escalade : ☐ en salle ☐ en falaise
☐ VTT
☐ Ski : ☐ alpin ☐ de montagne ☐ de fond ☐ hors pistes
☐ Raquettes à neige
☐ Sports aériens : ☐ parapente ☐ paralpinisme ☐ parapente biplace ☐ delta-plane
☐ Spéléologie
☐ Canyon
☐ Autre (préciser) ____

Circonstances précises ____

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

Nom et adresse des témoins ____

Constat de police ☐ Oui ☐ Non **ou de gendarmerie** ☐ Oui ☐ Non Commissariat ou Brigade de ____

Nature des blessures (joindre le certificat médical correspondant)

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 ____

AUTRES PARTICULARITÉS (ou suite des circonstances de l'accident)

____

À
Le

Qualité du signataire
Signature

Cette déclaration est à adresser dans les 5 jours à Gras Savoye Montagne en joignant le certificat médical et la copie de votre licence FFCAM 2014/2015.