

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

o enviarlo en un plazo de 5 días a: **GRAS SAVOYE MONTAGNE - Service FFCAM**
Parc Sud Galaxie - 3B, rue de l'Octant - BP 279 - 38433 Échirrolles Cedex

AFILIADO

Apellidos _____ Nombre _____ Fecha de nacimiento

Profesión _____ Teléfono _____ Mail _____

Dirección _____

Código postal _____ Ciudad _____

N° de tarjeta FFCAM (copia obligatoria de la tarjeta de afiliado)

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

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 por la FFCAM

Actividad practicada en el momento del accidente :

Travesía

Alpinismo

Escalada: en sala en pared

BTT

Esquí: alpino de montaña de fondo fuera de pista

Raquetas de nieve

Deportes aéreos: parapente paralpinismo parapente biplaza ala delta

Espeleología

Descenso de cañones

Otros (indicar) _____

Circunstancias concretas _____

¿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 _____

Naturaleza de las lesiones (adjuntar el certificado médico correspondiente)

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 _____

Precisar la naturaleza y el alcance de los daños y lesiones aparentes.

Daños materiales _____

Daños corporales _____

OTRAS PARTICULARIDADES (o continuación de las circunstancias del accidente)

En
Fecha

Calidad de signatario
Firma

Este parte se debe entregar en un plazo de 5 días a Gras Savoye Montagne adjuntando el certificado médico y la copia de su licencia de la FFCAM para 2013/2014.