fédération française des clubs alpins et de montagne

DÉCLARATION DE SINISTRE

wtw

Vous pouvez effectuer votre déclaration de sinistre en ligne sur le site : www.montagne.wtwco.com
ou l'envoyer dans les 15 jours par mail : fr.ffcam@wtwco.com
ou par courrier : **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

Le

Qualité du signataire

Signature

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