

Puede dar su parte de siniestro en línea desde el sitio: [www.montagne.wtwco.com](http://www.montagne.wtwco.com)

o enviarlo en un plazo de 15 días a : [fr.ffcam@wtwco.com](mailto:fr.ffcam@wtwco.com)

o **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 \_\_\_\_\_

Nº 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, nº 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 \_\_\_\_\_ Nº 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  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 :

☐ Travesía

☐ Alpinismo: ☐ escalada en hielo

☐ 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) \_\_\_\_\_

Condiciones climáticas : \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_ Número 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 nº \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_ Calidad de signatario \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ 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.
- sus datos bancarios