fédération française des clubs alpins et de montagne

PARTE DE SINIESTRO

GRAS SAVOYE
Willis Towers Watson

Puede dar su parte de siniestro en línea desde el sitio: ffcam.grassavoye-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 Échirolles Cedex

AFILIADO

Civilidad ☐ Sr ☐ Sra. Apellidos Nombre Fecha de nacimiento ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Profesión Teléfono Mail

Dirección

Código postal Ciudad

N° 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, 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 En caso afirmativo, indique mediante qué organismo

Actividad practicada en el momento del accidente :

Nombre de la persona en carga de la salida :

Condiciones climáticas :

- ☐ Travesía
- ☐ Alpinismo: ☐ escalada en hielo
- ☐ Escalada: ☐ en sala ☐ en pared
- ☐ BTT
- ☐ 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)

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 Numéro 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 n° 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 5 días a Gras Savoye Montagne adjuntando el certificado médico que precisa la naturaleza de las lesiones y la copia de su licencia FFCAM 2017/2018.