4 Déclaration de sinistre

FFRandonnée
www.ffrandonnee.fr

Vous devez obligatoirement joindre un certificat médical descriptif des blessures et une photocopie de la licence, par courrier à : **MMA - Service Prévoyance - 01, allée du Wacken - 67 978 Strasbourg cedex 9**.

(A remplir par les MMA)
N° de sinistre MMA :

IDENTITÉ DU DÉCLARANT

N° de licence ou de carte : ☐☐☐☐☐☐☐☐ Qualité :

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : ☐☐☐☐☐☐☐ Ville :

IDENTITÉ DE LA VICTIME

N° de licence ou de carte : Qualité : (Animateur, baliseur, randonneur…)

Type de licence ou de carte : ☐ IRA ☐ FRA ☐ IMPN ☐ FMPN ☐ Randocarte® ☐ Randocarte®Découverte
☐ IR ☐ FR ☐ FRAMP Date de souscription : Date de souscription :

N° association : Comité :

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : ☐☐☐☐☐☐☐ Ville :

Date de naissance : Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin

Date de l'accident : **Lieu et département ou pays de l'accident :**

Heure de départ de la randonnée : h **Heure de l'accident :** h

Type d'organisation : ☐ Associative ☐ Individuelle

Activité pratiquée : ☐ Randonnée pédestre ☐ Balisage ☐ Raquette à neige
☐ Ski de fond ☐ Ski de piste ☐ Ski de randonnée
☐ VTT ☐ Autre (à préciser) :

Circonstances : ☐ Lors du trajet aller/retour
☐ Lors de la randonnée ☐ Chute ☐ Glissade
☐ Autre (à préciser) :

Nature du terrain : ☐ Chemin ☐ Balisé ☐ Non balisé
☐ Route ☐ Terrain en pente, escarpé
☐ Montagne ☐ Pierreux, caillouteux, rocheux
☐ Plaine ☐ Herbeux, broussailleux, enraciné
☐ Forêt ☐ Ruisseau, lac

État du terrain : ☐ Accidenté, ☐ Humide, mouillé ☐ Boueux
☐ Mal entretenu ☐ Glissant ☐ Glacé
☐ Sans risque ☐ Enneigé ☐ Sablonneux

Conditions météorologiques : ☐ Mauvais temps ☐ Pluie ☐ Neige
☐ Beau temps ☐ Brouillard ☐ Vent

4 Suite

FFRandonnée
www.ffrandonnee.fr

Traumatologie :
☐ Aucune ☐ Autres (À préciser)
☐ Contusions, hématomes
☐ Membres supérieurs ☐ Épaule ☐ Avant-bras ☐ Bras
☐ Poignet ☐ Coude ☐ Main
☐ Membres inférieurs ☐ Hanche ☐ Cuisse ☐ Genou
☐ Jambe ☐ Mollet ☐ Cheville
☐ Pied
☐ Face ☐ Crâne ☐ Visage ☐ Œil
☐ Dent ☐ Nez
☐ Colonne vertébrale
☐ Abdomen
☐ Thorax
☐ Polytraumatisé
☐ Fracture
☐ Cardio-vasculaire ☐ Angine de poitrine
☐ Infarctus du myocarde
☐ Œdème pulmonaire
☐ Autre problème cardio-vasculaire
☐ Respiratoire ☐ Asthme
☐ Détresse respiratoire
☐ Autre problème de nature respiratoire
☐ Neurologique ☐ Accident vasculaire cérébral
☐ Autre problème neurologique
☐ Autre problème de nature accidentelle
☐ Prothèse dentaire ☐ Piqûre (d'insecte...)
☐ Prothèse auditive ☐ Morsure
☐ Prothèse occulaire

Décès ☐ Oui ☐ Non

Prise en charge par : ☐ Vous même
☐ Le service d'urgence (SAMU, PGHM, Pompiers, Croix Rouge)
☐ Un membre du groupe
☐ Un tiers

Y-a-t-il eu évacuation ? ☐ Non ☐ Oui ☐ Ambulance
☐ Véhicule personnel
☐ Hélicoptère
☐ Autre

Y-a-t-il eu hospitalisation ? ☐ Non ☐ Oui ☐ Moins d'une nuit
☐ Au moins une nuit

Y-a-t-il eu intervention chirurgicale ? ☐ Non ☐ Oui

Y-a-t-il eu rapatriement ? ☐ Oui ☐ Par MMA Assistance
☐ Non ☐ Par un autre assisteur

Y-a-t-il eu dégâts matériels ? ☐ Oui (à préciser en se référant à la notice "Assurances et responsabilités" page 11)
☐ Non

Fait à : Le :

Signature