

4 Déclaration de sinistre

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.**

IDENTITÉ DU DÉCLARANT

(A remplir par les MMA)

N° de sinistre MMA :

N° de licence ou de carte :

Qualité :

(Animateur, baliseur, randonneur...)

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

IDENTITÉ DE LA VICTIME

N° de licence ou de carte :

Qualité :

(Administrateur, baliseur...)

Type de licence ou de carte : IRA FRA IMPN FMPN Randocarte® Randocarte® Découverte
 IR FR

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

Nature du terrain : Chemin

Autre (à préciser) :

Route

Balisé

Non balisé

Montagne

Terrain en pente, escarpé

Plaine

Pierreux, caillouteux, rocheux

Forêt

Herbeux, broussailleux, enraciné

Ruisseau, lac

Etat du terrain : Accidenté,

Humide, mouillé

Boueux

Mal entretenu

Glissant

Glacé

Sans risque

Enneigé

Sablonneux

Conditions météorologiques : Mauvais temps

Pluie

Neige

Beau temps

Brouillard

Vent



Traumatologie :

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

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 assistant

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