

LE FORMULAIRE DE DÉCLARATION D'ACCIDENT

courrier à : MMA – Service Prévoyance – 01, Allée du Wacken – 67978 Strasbourg cedex 9

• IDENTITÉ DU DÉCLARANT

Code : PFE479

(À remplir par les MMA)

N° de sinistre MMA :

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, collecteur, 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 Chute

Lors de la randonnée 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

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

Neurologique Accident vasculaire cérébral

Respiratoire : Asthme
 Détresse respiratoire
 Autre problème de nature respiratoire
 Autre problème neurologique
 Autre problème de nature accidentelle

Prothèse dentaire Piqûre (d'insecte...)
 Prothèse auditive Morsure
 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 ? : Non Oui Par MMA Assistance
 Par un autre assistant

Y-a-t-il eu dégâts matériel ? : Non Oui (à préciser)

Fait à : Le :

Signature de l'assuré-licencié ou de son(ses) ayant(s) droit en cas de décès de celui-ci.

