



Déclaration d'accident

A effectuer dans les 5 jours directement en ligne : www.grassavoye-montagne.com,

OU remplir ce formulaire et l'envoyer à : fr.ffrs@wtwco.com,

✉ WTW Montagne, service FFRS 3 B, rue de l'Octant - BP 279 - 38433 Echirolles cedex



Pour toute question ☎ 09 72 72 29 02

Joindre **obligatoirement** à votre demande :

- une **photocopie lisible recto/verso de votre licence** indispensable pour la validation des garanties,
- un **certificat médical initial** précisant la nature de vos blessures et la durée de l'inaptitude à la pratique d'activités sportives.

Dès réception de votre dossier nous vous adresserons un accusé de réception précisant votre référence de dossier.

Nous vous remercions d'attendre ce document avant de nous adresser toute autre correspondance.

Renseignements concernant l'adhérent accidenté

Nom _____ Prénom _____
Lieu de naissance _____ Date de naissance ____ / ____ / ____
Sexe _____ Nationalité _____
Adresse permanente _____
Code postal _____ Commune _____ Pays _____
Tél. _____ E-mail _____
pour les enfants mineurs nom et adresse du responsable légal _____

N° de licence (*joindre une photocopie recto/verso*) _____ délivrée par le club _____
Avez-vous souscrit la garantie **MSC I.A. PLUS** ☐ non ☐ oui (*joindre justificatif*)
Etes-vous assuré social ? ☐ non ☐ oui A quelle caisse appartenez-vous ? _____
Avez-vous une complémentaire santé ? ☐ non ☐ oui si **oui**, nom _____
Autres assurances ? ☐ non ☐ oui si **oui**, coordonnées et n° contrat _____

Déclarant du sinistre (partie à compléter si l'adhérent n'est pas en mesure de compléter sa déclaration)

Nom _____ Prénom _____
Coordonnées _____

Circonstances du sinistre

Date de l'accident ____ / ____ / ____ heure ____ / ____ lieu _____
département _____ pays _____

Citer l'activité pratiquée lors de l'accident
L'activité pratiquée était-elle encadrée ? ☐ non ☐ oui si **oui**, par quel club ou association _____
Type de l'activité encadrée : ☐ club ☐ stage ☐ séjour

Nom de l'animateur ou de l'encadrant _____ tél. _____
@ _____

Causes et circonstances détaillées

Nature du préjudice **matériel** : ☐ non ☐ oui **corporel** : ☐ non ☐ oui
Nature des blessures (*joindre certificat médical initial*)
Avez-vous bénéficié d'un secours ? ☐ non ☐ oui si **oui**, par quel moyen (*ex. hélicoptère...*) _____
Avez-vous été transporté(e) en ambulance ? ☐ non ☐ oui si **oui**, précisez où : ☐ cabinet médical ☐ hôpital ☐ autre _____
Constat de police ou de gendarmerie ? ☐ non ☐ oui si **oui**, commissariat ou brigade de _____
n° du procès verbal _____

L'accident met en cause un tiers

Tiers **auteur** : ☐ non ☐ oui **victime** : ☐ non ☐ oui
Nom _____ prénom _____
adresse _____
code postal _____ commune _____ pays _____
tél. _____ e-mail _____
Nature des dommages subis par le tiers ☐ matériel ☐ corporel
Coordonnées de son assureur nom _____ police n° _____
adresse _____

Témoins

Joindre un témoignage ainsi qu'un recto/verso d'une pièce d'identité

Nom et adresse du ou des témoins _____

A _____ le ____ / ____ / ____ Signature adhérent
ou déclarant

LISTE DES PRINCIPAUX DOCUMENTS À FOURNIR

Seuls les frais liés à votre accident pourront faire l'objet d'un complément de remboursement.
L'assureur peut, dans certains cas, réclamer des éléments complémentaires.

Options IA Base ou IA+ : indemnisation des préjudices corporels

Traitement médical	Pièces à fournir
Frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques : consultations, kiné...	- Ordonnances - Comptes-rendus médicaux (consultation) - Décomptes Sécurité sociale et/ou mutuelle (ou le cas échéant le refus de prise en charge)
Frais médicaux prescrits mais non remboursés	
Frais médicaux prescrits mais non remboursés par la Sécurité sociale et/ ou la mutuelle	- Ordonnances - Décomptes Sécurité sociale et/ou mutuelle (ou le cas échéant le refus de prise en charge)
Chambre particulière	
	- Bulletin d'hospitalisation - Comptes-rendus opérations - Facture acquittée
Ostéopathie	
	- Factures - Décomptes Sécurité sociale et/ou mutuelle (ou le cas échéant le refus de prise en charge) - Prescription médicale (recommandée)
Soins et frais de prothèses	
	- Ordonnances / factures acquittées - Comptes-rendus médicaux (consultations, opérations, etc.) - Décomptes Sécurité sociale et/ou mutuelle (ou le cas échéant le refus de prise en charge)
Frais d'optique	
	- Facture acquittée (de remplacement ou de réparation des lunettes) - Facture d'achat des lunettes cassées si celles-ci datent de moins d'un an - Décomptes Sécurité sociale et/ou mutuelle (ou le cas échéant le refus de prise en charge)
Aide a domicile	
	- Le bulletin d'hospitalisation précisant les dates d'entrée et de sortie OU un certificat médical précisant la durée d'immobilisation à domicile - La facture acquittée du prestataire de services de votre choix précisant la durée (dates d'intervention) et la nature exacte de la prestation (ménage, course, préparation de repas) - Attestation de la mutuelle précisant les dates et modalités de prise en charge ou la non-prise en charge
Frais de transport	
	- Facture acquittée précisant le détail du trajet - Motif du trajet (exemple : compte-rendu médical, convocation à un rdv...) - Copie carte grise si utilisation du véhicule personnel

Option Effets Personnels

Pièces à fournir	- La facture d'achat d'origine du matériel; - Le devis de réparation ou certificat d'irréparabilité ainsi que la facture de remplacement. - Des photos du matériel endommagé.
------------------	---

Responsabilité Civile/Défense-Recours

Pièces à fournir	- Circonstances détaillées du sinistre et/ ou constat amiable le cas échéant - Témoignage(s) - Devis de réparation ou facture de la valeur réelle du dommage
------------------	--



Tous les papiers
se trient et se recyclent



Ne pas jeter sur
la voie publique

Ce document n'est pas contractuel