

Envoyer dans les 5 jours à

Gras Savoye Montagne, service FFRS

3 B, rue de l'Octant - BP 279 - 38433 Echirolles cedex - Tél. **09 72 72 29 02**

ou déclaration en ligne sur le site : www.grassavoie-montagne.com

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 _____
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*)
Êtes-vous assuré social ? non oui
A quelle caisse appartenez-vous ? _____
Nom de votre mutuelle ? _____
Autres assurances ? non oui si **oui**, coordonnées et n° contrat _____

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 _____
Causes et circonstances détaillées _____
Nature du préjudice _____
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