

Envoyer dans les 5 jours à

Gras Savoye Montagne, service FFRS

3 B, rue de l'Octant - BP 279 - 38433 Echirrolles cedex - Tél. **04 76 84 87 54**

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'incapacité 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)
 Etes-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 : _____
 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