

# Déclaration d'accident



A effectuer dans les 5 jours directement en ligne : [montagne.wtwco.com](http://montagne.wtwco.com).

OU remplir ce formulaire et l'envoyer à : [fr.ffrs@wtwco.com](mailto: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. \_\_\_\_\_

pour les enfants mineurs \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

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** \_\_\_\_\_

Etes-vous assuré social ? \_\_\_\_\_

Avez-vous une complémentaire santé ? \_\_\_\_\_

Autres assurances ? \_\_\_\_\_

**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 ? \_\_\_\_\_

Type de l'activité encadrée : \_\_\_\_\_

Nom de l'animateur ou de l'encadrant \_\_\_\_\_

Causes et circonstances détaillées \_\_\_\_\_

Nature du préjudice \_\_\_\_\_

Nature des blessures (joindre certificat médical initial) \_\_\_\_\_

Avez-vous bénéficié d'un secours ? \_\_\_\_\_

Avez-vous été transporté(e) en ambulance \_\_\_\_\_

Constat de police ou de gendarmerie \_\_\_\_\_

**matériel** :  non  oui

**corporel** :  non  oui

non  oui si oui, par quel moyen (ex. hélicoptère...) \_\_\_\_\_

non  oui si oui, précisez où :  cabinet médical  hôpital  autre \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

adresse \_\_\_\_\_

code postal \_\_\_\_\_ commune \_\_\_\_\_

tél. \_\_\_\_\_

Nature des dommages subis par le tiers \_\_\_\_\_

Coordonnées de son assureur \_\_\_\_\_

pays \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

matériel  corporel

nom \_\_\_\_\_

police n° \_\_\_\_\_

adresse \_\_\_\_\_

## Témoins

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

|   | Pièces à fournir  |
|---|---|
| <b>Traitement médical</b>                           | <ul style="list-style-type: none"><li>- Ordonnances</li><li>- Comptes-rendus médicaux (consultation)</li><li>- Décomptes Sécurité sociale et/ou mutuelle (ou le cas échéant le refus de prise en charge)</li></ul>  |
| <b>Frais médicaux prescrits mais non remboursés</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>- Ordonnances</li><li>- Décomptes Sécurité sociale et/ou mutuelle (ou le cas échéant le refus de prise en charge)</li></ul>   |
| <b>Chambre particulière</b>                         | <ul style="list-style-type: none"><li>- Bulletin d'hospitalisation</li><li>- Comptes-rendus opérations</li><li>- Facture acquittée</li></ul>  |
| <b>Ostéopathie</b>                                  | <ul style="list-style-type: none"><li>- Factures</li><li>- Décomptes Sécurité sociale et/ou mutuelle (ou le cas échéant le refus de prise en charge)</li><li>- Prescription médicale (recommandée)</li></ul>  |
| <b>Soins et frais de prothèses</b>                  | <ul style="list-style-type: none"><li>- Ordonnances / factures acquittées</li><li>- Comptes-rendus médicaux (consultations, opérations, etc.)</li><li>- Décomptes Sécurité sociale et/ou mutuelle (ou le cas échéant le refus de prise en charge)</li></ul>   |
| <b>Frais d'optique</b>                              | <ul style="list-style-type: none"><li>- Facture acquittée (de remplacement ou de réparation des lunettes)</li><li>- Facture d'achat des lunettes cassées si celles-ci datent de moins d'un an</li><li>- Décomptes Sécurité sociale et/ou mutuelle (ou le cas échéant le refus de prise en charge)</li></ul>   |
| <b>Aide à domicile</b>                              | <ul style="list-style-type: none"><li>- Le bulletin d'hospitalisation précisant les dates d'entrée et de sortie<br/>OU un certificat médical précisant la durée d'immobilisation à domicile</li><li>- 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)</li><li>- Attestation de la mutuelle précisant les dates et modalités de prise en charge ou la non-prise en charge</li></ul> |
| <b>Frais de transport</b>                           | <ul style="list-style-type: none"><li>- Facture acquittée précisant le détail du trajet</li><li>- Motif du trajet (exemple : compte-rendu médical, convocation à un rdv...)</li><li>- Copie carte grise si utilisation du véhicule personnel</li></ul>  |

## Option Effets Personnels

|                  |   |
|------------------|---|
| Pièces à fournir | <ul style="list-style-type: none"><li>- La facture d'achat d'origine du matériel;</li><li>- Le devis de réparation ou certificat d'irréparabilité ainsi que la facture de remplacement.</li><li>- Des photos du matériel endommagé.</li></ul> |
|------------------|---|

## Responsabilité Civile/Défense-Recours

|                  |  |
|------------------|--|
| Pièces à fournir | <ul style="list-style-type: none"><li>- Circonstances détaillées du sinistre et/ ou constat amiable le cas échéant</li><li>- Témoignage(s)</li><li>- Devis de réparation ou facture de la valeur réelle du dommage</li></ul> |
|------------------|--|



Tous les papiers  
se trient et se recyclent



Ne pas jeter sur  
la voie publique

Ce document n'est pas contractuel