

Envoyer dans les 5 jours à

Gras Savoye Montagne, service FFRS

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

ou déclaration en ligne sur le site : [www.grassavoie-montagne.com](http://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