

DECLARATION D'EVENEMENT ACCIDENTEL RENTRANT DANS LE CADRE DES GARANTIES DU CONTRAT

Merci de privilégier la déclaration en ligne : <http://www.grassavoie-montagne.com/ff-speleo.html>

Sinon compléter et adresser cette déclaration dans les 5 jours après l'accident ou l'événement à :

GRAS SAVOYE MONTAGNE

3B rue de l'Octant – BP 279 - 38433 ECHIROLLES CEDEX

Contrat souscrit auprès de la Compagnie AXA FRANCE
sous le numéro 205.000959.992.87 par la FFS

Date de l'accident :

Lieu précis :

ENCADRANT DE L'ACTIVITE

Nom : Prénom :

Adresse :

Numéro de la carte FFS :

VICTIME DE L'ACCIDENT

Nom : Prénom : Né(e) le :

Adresse :

Mail :

Tel.: Profession :

Situation de famille : Nombre d'enfants à charge :

Nature des blessures : (joindre un certificat médical)

Est-elle droitère ou gauchère ?

Est-elle atteinte d'une invalidité permanente antérieure à l'accident ? OUI NON

Est-elle affiliée au régime (Cocher la mention utile) :

de la Sécurité Sociale ?

T.N.S. ?

Agricole ?

Autre ?

N° d'immatriculation :

Régime complémentaire :

Numéro :

Numéro de la carte FFS :

Date de Délivrance :

Nom de l'Association :

Tel.:

Adresse :

Option souscrite (Cocher la case)
(Garantie Individuelle Accident)

OPTION I

OPTION II

OPTION III

ACTIVITE AU MOMENT DE L'ACCIDENT

Exploration	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Entraînement	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Opération de secours réelle ou entraînement	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Autre activité (à préciser)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

CIRCONSTANCES PRECISES DE L'ACCIDENT

DOMMAGES CAUSES A DES TIERS

Nom du Tiers : Prénom :

Adresse :

Nature des dommages :

RECHERCHE ET SAUVETAGE :

OUI

NON

Rapport de Gendarmerie - Police - Autre Autorité (laquelle ?)

Nom et Adresse :

TEMOINS DE L'ACCIDENT

Fait à :

Le

Signature de la victime

NB - Toute réclamation relative à des frais médicaux, prothèses ou autres découlant de blessures consécutives à l'accident devra être adressée à Gras Savoye, au moyen de l'imprimé joint à l'accusé de réception, après remboursement de la Sécurité Sociale et tout Organismes en nous adressant les originaux des feuilles de remboursement.