

Déclaration d'événement accidentel rentrant dans le cadre des garanties du contrat

Merci de privilégier la déclaration en ligne : www.grassavoie-montagne.com

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

WTW MONTAGNE - 3 B rue de l'Octant - BP 279 - 38433 Échirolles Cedex ou fr.montagne@wtwco.com

Contrat souscrit par la FFS auprès de la Compagnie AXA France sous le numéro 205.000959.992.87 et AXA Assistance sous le numéro 0803652

Date de l'accident : Lieu précis :

VICTIME DE L'ACCIDENT

Nom : Prénom : Date de naissance :
Adresse :
Code postal : Commune : Pays :
Profession : Situation de famille : Nombre d'enfants à charge :
Nature des blessures : (joindre le certificat médical initial)
Est-elle ? droitère gauchère
Est-elle atteinte d'une invalidité permanente antérieure à l'accident ? OUI NON
Est-elle affiliée au régime ? Sécurité Sociale TNS Agricole Autre N° d'immatriculation :
Régime complémentaire :

ENCADRANT DE L'ACTIVITÉ

Nom : Prénom :
Adresse :
Code postal : Commune : Pays :
Numéro de la carte FFS :

OPTION SOUSCRITE

OPTION I	OPTION II	OPTION III	RC uniquement	Assurance initiation
Numéro de la carte FFS :				
Date de délivrance :				
Nom de l'Association :				
Adresse :				
Code postal :	Commune :	Pays :		

ACTIVITÉ AU MOMENT DE L'ACCIDENT

Spéléologie Canyonisme
Exploration Entraînement Opération de secours réelle ou entraînement
Autre activité (à préciser)

CIRCONSTANCES PRÉCISES DE L'ACCIDENT

Expérience en pratique :

Années de pratique :

DOMMAGES CAUSÉS À DES TIERS

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Commune :

Pays :



Nature des dommages :

RECHERCHE ET SAUVETAGE OUI NON

Si oui par quels moyens ? Traîneau Barquette Scooter Hélicoptère / Autres :

Avez-vous été transporté(e) en ambulance ? OUI NON

Si oui, précisez où ? Cabinet médical Hôpital Retour station

Rapport de : Gendarmerie Police Autre Autorité (laquelle ?)

N° du PV :

Nom et adresse de l'autorité :

TÉMOIN DE L'ACCIDENT

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Commune :

Pays :



Fait à

le

" Je certifie exactes toutes les informations portées ci-dessus et ci-après "

Signature de l'Assuré