

DÉCLARATION DE SINISTRE

Coupon à retourner dans les 15 jours à : **Gras Savoye Montagne**

3B, rue de l'Octant - B.P. 279 - 38433 Echirolles Cedex

Tél. 09 72 72 22 45



Nom de la Station :

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse permanente :

Code postal : Ville : Pays :

Tél. Mobile :

E-mail :

Nom et adresse du responsable légal dans le cas d'enfant mineur :

Type de votre forfait : Journalier Plusieurs jours

Êtes-vous assuré(e) social(e) Oui Non

Disposez-vous d'une complémentaire santé ? Oui Non

Si oui, coordonnées :

Déclaration de sinistre consécutive à :

1. Accident de ski 2. Maladie

3. Retour anticipé au domicile 4. Intempéries

5. Autre :

1. S'il s'agit d'un accident de ski, merci de répondre aux questions ci-dessous :

Date de l'accident : Heure :

Nom de la piste :

Glisse pratiquée au moment de l'accident :

Ski Snowboard Autre :

Circonstances de l'accident :

Avez-vous été secouru(e) par le service des pistes ?

Oui Non

Si oui par quels moyens ?

Traîneau / Barquette Scooter Hélicoptère

Autres :

Avez-vous été transporté(e) en ambulance ? Oui Non

Si oui : Jusqu'au cabinet médical

Jusqu'à l'hôpital Retour station

2. S'il s'agit d'une maladie donnant lieu à hospitalisation, précisez sa nature (joindre un bulletin d'hospitalisation) :

.....

Dates d'hospitalisation : du au

3. S'il s'agit d'un retour anticipé au domicile précisez sa cause (joindre les justificatifs de l'événement) :

.....

Date du retour :

Nombre de personnes assurées concernées :

(joindre les originaux des justificatifs de vente de vos forfaits)

4. S'il s'agit d'une intempérie :

Nous vous invitons à effectuer une seule déclaration pour l'ensemble de la famille et pour toutes les journées consécutives concernées

5. S'il s'agit d'un autre événement, précisez sa nature :

.....

Fait à

Le

Signature

attention, joignez à votre déclaration l'original du justificatif de vente de votre forfait valant attestation d'assurance et un certificat médical attestant de vos blessures.

