



WTW Montagne

Déclaration d'accident

Envoyer dans les 5 jours à

WTW Montagne, service FFRS

3 B, rue de l'Octant - BP 279 - 38433 Echirrolles cedex - Tél. 09 72 72 29 02

ou déclaration en ligne sur le site : 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)
 Etes-vous assuré social ? non oui
 A quelle caisse appartenez-vous ? _____
 Avez-vous une complémentaire santé ? non oui si **oui**, nom _____
 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 _____
 Type de l'activité encadrée : club stage séjour _____
 Nom de l'animateur ou de l'encadrant _____ tél. _____
 Causes et circonstances détaillées _____
 Nature du préjudice **matériel** : non oui **corporel** : non oui
 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