

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 :
Code postal :	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 :

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) :

Déclaration de sinistre consécutive à :

1. Accident de ski 2. Maladie
 3. Retour anticipé au domicile 4. Intempéries
 5. Autre :

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) :

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 :

Date du retour :

Nombre de personnes assurées concernées :

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

Circonstances de l'accident :

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

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

Oui Non

Si oui par quels moyens ?

Traîneau / Barquette Scooter Hélicoptère
 Autres :

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.