

A compléter en lettres capitales
et à retourner dans les 5 jours à :

GRAS SAVOYE MONTAGNE - Licence Carte Neige
3B, rue de l'Octant - BP 279 - 38433 Échirolles cedex
Tél. : 0 810 02 09 64 (N° Azur)

Déclaration en ligne sur le site :
www.grassavoie-montagne.com

Joindre obligatoirement à votre déclaration :

- une photocopie lisible recto verso de votre Licence Carte Neige (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
- les originaux de votre forfait remontées mécaniques et/ou cours de ski de plus de 2 jours.
- les photocopies de vos feuilles de soins avant de les adresser à la Sécurité Sociale et à votre mutuelle.

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.

À COMPLÉTER IMPÉRATIVEMENT

Date de l'accident _____ Heure _____

Nom de la station _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHÉRENT ACCIDENTÉ

N° de licence Carte Neige (joindre une photocopie recto verso) _____

Délivrée par le club de _____

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 _____

Type de ski pratiqué _____

Circonstances de l'accident _____

Nature des blessures (joindre le certificat médical de constatation des blessures)

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, précisez où : cabinet médical hôpital retour station

Êtes-vous assuré(e) social(e) ? Oui Non

À quelle caisse appartenez-vous ? _____

Nom de votre mutuelle ? _____

N° contrat _____

Cet accident doit-être déclaré à votre Caisse de Sécurité Sociale ainsi qu'à votre mutuelle.

Autres assurances ? Oui Non Si oui coordonnées _____

_____ N° Police _____

EN CAS DE COLLISION

En cas d'accident avec un tiers, nous indiquer
(conformément à la loi du 13/07/82 - article 121.4 du Code des Assurances) :

Nom et adresse de votre Assureur Responsabilité Civile (Contrat Multirisques Habitation,
assurance scolaire, etc.) _____

_____ N° police _____

Votre version des faits (avec croquis sur papier libre)

Coordonnées du tiers

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____

Code postal _____ Commune _____

Tél. _____ e-mail _____

Titulaire Ticket Course ou Licence Carte Neige n° _____

Délivrée par le Club de _____

Ou autre assurance _____

Nature des blessures (joindre le certificat médical de constatation des blessures)

_____ Dommages matériels Oui Non

Nom et adresse de sa compagnie d'Assurance Responsabilité Civile

_____ N° Police _____

Témoin

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____

Code Postal _____ Commune _____

À _____ Le _____

22 Signature de l'adhérent

21