**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

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

..............................................................................................

..............................................................................................

..............................................................................................

Dates d’hospitalisation : du .................... au ............................

1. 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)

1. 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

1. 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.

