**DENUNCIA DI SINISTRO**

# Buono a rispedire nei 15 giorni a : Gras Savoye Montagne

3B, Rue de l’Octant - B.P. 279 - 38433 Echirolles Cedex

# Tel. +33 (0)9 72 72 22 45

**Stazione :** ......................................................................................................................................................................................

Cognome : ............................................................................ Nome : ............................................................................................

Data di nascita : ..............................................................................................................................................................................

Indirizzo permanente : ......................................................................................................................................................................

Paese : ............................................... Ville : .............................................................. Pays : .......................................................

Tel. ........................................................................................ Cellulare : ........................................................................................

E-mail : ...........................................................................................................................................................................................

Nome del responsabile legale in caso di minore :...................................................................................................................................

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

Tipo di ski-pass : Giornaliero Più giorni

È coperto/a dalla Previdenza sociale? Si No

Ha sottoscritto un’assicurazione complementare sulla salute?

Si No

Se sì, riportarne gli estremi : ....................................................

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

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

Denuncia di sinistro conseguente a :

1. Incidente di sci 2. Malattia

3. Rientro anticipato 4. Intemperie

5. Altro : ............................................................................

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

1. Se si tratta di un incidente di sci, si prega di rispodere alle seguenti domande

Data dell’incidente : .............................. Ora : ........................

Pista : ....................................................................................

Discesa praticata al momento dell’incidente :

Sci Snowboard Altro : .........................................

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

Descrizione dell’incidente ........................................................

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

Il soccorso vi è stato prestato dal servizio delle piste?

Si No

Se sì, con quali mezzi ?

Slitta / Barella Scooter Elicottero

Altro : .................................................................................

Siete stati trasportati in ambulanza? Si No Se si, precisare quali : Fino all’ambulatorio medico

Fino all’ospedale Ritorno alla stazione

1. Se si tratta di una malattia che dà luogo al ricovero, speci carne la natura (allegare la cartella clinica) :

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

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

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

Date di hospitalisation : dal..................... al .............................

1. Se si tratta di un rientro anticipato, speci carne

la causa (allegare tutti i documenti che possano giusti care la data del rientro) :

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

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

Data del rientro : .....................................................................

Numero di persone assicurate interessate : ...............................

(giungere gli originali dei giustificativi dei ski pass)

1. Se si tratta di intemperie:

Vi invitiamo a fare una sola dichiarazione per l’insieme della famiglia e per tutte le giornate consecutive riguardate

1. Se si tratta di un altro fatto, precisate la sua natura :

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

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

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

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

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

Fatto a : lI : Firma :

**Attenzione :** giungere alla vostra denuncia, l’originale del giustificativo di vendità del vostro skipass che vale attestato d’ assicurazione e un certificato medico che precisa le vostre ferite.

