



WTF Montagne

Déclaration d'accident

A effectuer dans les 5 jours

OU remplir ce formulaire et l'envoyer

@ directement en ligne : www.grassavoye-montagne.com,✉ : fr.frrs@wtwco.com,✉ : WTW Montagne, service FFRS 3 B, rue de l'Octant
BP 279 - 38433 Echirolles cedexPour toute question **09 72 72 29 02**

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 _____		
Lieu de naissance _____	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 _____ Etes-vous assuré social ? _____ Avez-vous une complémentaire santé ? _____ Autres assurances ? _____			
A quelle caisse appartenez-vous ? _____			
Déclarant du sinistre (partie à compléter si l'adhérent n'est pas en mesure de compléter sa déclaration) Nom _____ Prénom _____ Coordonnées _____			

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 ? _____			
Type de l'activité encadrée : _____			
Nom de l'animateur ou de l'encadrant _____			
Causes et circonstances détaillées			

Nature du préjudice

Nature des blessures

(joindre certificat médical initial)

Avez-vous bénéficié d'un secours ?

Avez-vous été transporté(e) en ambulance

Constat de police ou de gendarmerie

matériel : non oui **corporéel** : non oui non oui si oui, par quel moyen (ex. hélicoptère...) _____ non oui si oui, précisez où : cabinet médical hôpital autre _____ non oui si oui, commissariat ou brigade de _____

n° du procès verbal _____

@

L'accident met en cause un tiers

Tiers	auteur : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	victime : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Nom _____	prénom _____	pays _____
adresse _____		
code postal _____	commune _____	e-mail _____
tél. _____		
Nature des dommages subis par le tiers		
Coordonnées de son assureur		
police n° _____		
adresse _____		

Joindre un témoignage ainsi qu'un recto/verso d'une pièce d'identité

Témoins

Nom et adresse du ou des témoins _____

A _____

le _____ / _____ / _____

Signature adhérent

ou déclarant