

DECLARATION D'EVENEMENT ACCIDENTEL RENTRANT DANS LE CADRE DES GARANTIES DU CONTRAT

A adresser complétée dans les 5 jours après l'accident ou l'événement à :

GRAS SAVOYE MONTAGNE
3B rue de l'Octant – BP 279 - 38433 ECHIROLLES CEDEX

Contrat souscrit auprès de la Compagnie AXA FRANCE
sous le numéro 205.000959.992.87 par la FFS

Date de l'accident :

Lieu précis :

ENCADRANT DE L'ACTIVITE

Nom : Prénom :

Adresse :

Numéro de la carte FFS :

VICTIME DE L'ACCIDENT

Nom : Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Tel.: Profession :

Situation de famille : Nombre d'enfants à charge :

Nature des blessures : (joindre un certificat médical)

Est-elle droitère ou gauchère ?

Est-elle atteinte d'une invalidité permanente antérieure à l'accident ? OUI NON

Est-elle affiliée au régime (*Encadrer la mention utile*) :

- de la Sécurité Sociale ?
- T.N.S. ?
- Agricole ?
- Autre ?

N° d'immatriculation :

Régime complémentaire : Numéro :

Numéro de la carte FFS : Date de Délivrance :

Nom de l'Association : Tel.:

Adresse :

Option souscrite (*à encadrer*)
(Garantie Individuelle Accident) **OPTION I** **OPTION II** **OPTION III**

ACTIVITE AU MOMENT DE L'ACCIDENT

Exploration	OUI	NON
Entraînement	OUI	NON
Opération de secours réelle ou entraînement	OUI	NON
Autre activité (à préciser)	OUI	NON

CIRCONSTANCES PRECISES DE L'ACCIDENT

DOMMAGES CAUSES A DES TIERS

Nom du Tiers : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Nature des dommages : _____

RECHERCHE ET SAUVETAGE :

OUI

NON

Rapport de Gendarmerie - Police - Autre Autorité (laquelle ?)
Nom et Adresse :

TEMOINS DE L'ACCIDENT

Fait à :

Le

Signature de la victime

NB - Toute réclamation relative à des frais médicaux, prothèses ou autres découlant de blessures consécutives à l'accident devra être adressée à Gras Savoye, au moyen de l'imprimé joint à l'accusé de réception, après remboursement de la Sécurité Sociale et tous Organismes en nous adressant les originaux des feuilles de remboursement.