

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 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.