



WTW 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.ffrs@wtwco.com,

✉ : WTW Montagne, service FFRS 3 B, rue de l'Octant
BP 279 - 38433 Echirrolles cedex



Pour 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** non oui (*joindre justificatif*)
 Etes-vous assuré social ? non oui A quelle caisse appartenez-vous ? _____
 Avez-vous une complémentaire santé ? non oui si **oui**, nom _____
 Autres assurances ? non oui si **oui**, coordonnées et n° contrat _____

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 ? non oui si **oui**, par quel club ou association _____
 Type de l'activité encadrée : club stage séjour
 Nom de l'animateur ou de l'encadrant _____ tél. _____
 @ _____

Causes et circonstances détaillées

Nature du préjudice **matériel** : non oui **corporel** : non oui
 Nature des blessures
 (*joindre certificat médical initial*)

Avez-vous bénéficié d'un secours ? non oui si **oui**, par quel moyen (*ex. hélicoptère...*) _____
 Avez-vous été transporté(e) en ambulance non oui si **oui**, précisez où : cabinet médical hôpital autre _____
 Constat de police ou de gendarmerie non oui si **oui**, commissariat ou brigade de _____
 n° du procès verbal _____

L'accident met en cause un tiers

Tiers **auteur** : non oui **victime** : non oui
 Nom _____ prénom _____
 adresse _____
 code postal _____ commune _____ pays _____
 tél. _____ e-mail _____
 Nature des dommages subis par le tiers matériel corporel
 Coordonnées de son assureur nom _____ 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

LISTE DES PRINCIPAUX DOCUMENTS À FOURNIR POUR TOUTE DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE FRAIS MÉDICAUX

Seuls les frais liés à votre accident pourront faire l'objet d'un complément de remboursement.
L'assureur peut, dans certains cas, réclamer des éléments complémentaires.

Garanties

Traitement médical

Pièces à fournir

Frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques :
consultations, kiné...

- Ordonnances
- Comptes-rendus médicaux (consultation)
- Décomptes Sécurité sociale et/ou mutuelle (ou le cas échéant le refus de prise en charge)

Frais médicaux prescrits mais non remboursés

Frais médicaux prescrits mais non remboursés
par la Sécurité sociale et/ ou la mutuelle

- Ordonnances
- Décomptes Sécurité sociale et/ou mutuelle (ou le cas échéant le refus de prise en charge)

Chambre particulière

- Bulletin d'hospitalisation
- Comptes-rendus opérations
- Facture acquittée

Ostéopathie

- Factures
- Décomptes Sécurité sociale et/ou mutuelle (ou le cas échéant le refus de prise en charge)
- Prescription médicale (recommandée)

Soins et frais de prothèses

- Ordonnances / factures acquittées
- Comptes-rendus médicaux (consultations, opérations, etc.)
- Décomptes Sécurité sociale et/ou mutuelle (ou le cas échéant le refus de prise en charge)

Frais d'optique

- Facture acquittée (de remplacement ou de réparation des lunettes)
- Facture d'achat des lunettes cassées si celles-ci datent de moins d'un an
- Décomptes Sécurité sociale et/ou mutuelle (ou le cas échéant le refus de prise en charge)

Aide a domicile

- Le bulletin d'hospitalisation précisant les dates d'entrée et de sortie
OU un certificat médical précisant la durée d'immobilisation à domicile
- La facture acquittée du prestataire de services de votre choix précisant la durée (dates d'intervention)
et la nature exacte de la prestation (ménage, course, préparation de repas)
- Attestation de la mutuelle précisant les dates et modalités de prise en charge ou
la non-prise en charge

Frais de transport

- Facture acquittée précisant le détail du trajet
- Motif du trajet (exemple : compte-rendu médical, convocation à un rdv...)
- Copie carte grise si utilisation du véhicule personnel



Tous les papiers
se trient et se recyclent



Ne pas jeter sur
la voie publique

Ce document n'est pas contractuel