

DÉCLARATION DE SINISTRE

Coupon à retourner dans les 5 jours à : **Gras Savoye Montagne**

3B, rue de l'Octant - B.P. 279 - 38433 Echirolles Cedex

Tél. 0810 12 22 85

ASSUR'
GLISSE

by Orion Ticket Neige

**Je m'assure,
ça me rassure**

Nom de la station :

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse permanente :

Code postal : Ville : Pays :

Tél. Mobile :

E-mail :

Nom et adresse du responsable légal dans le cas d'enfant mineur :

Type de votre forfait : ☐ Journalier ☐ Plusieurs jours

Êtes-vous assuré(e) social(e) ☐ Oui ☐ Non

Disposez-vous d'une complémentaire santé ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, coordonnées :

Déclaration de sinistre consécutive à :

☐ 1. Accident de ski ☐ 2. Maladie

☐ 3. Retour anticipé au domicile ☐ 4. Intempéries

☐ 5. Autre :

**1. S'il s'agit d'un accident de ski, merci
de répondre aux questions ci-dessous :**

Date de l'accident : Heure :

Nom de la piste :

Glisse pratiquée au moment de l'accident :

☐ Ski ☐ Snowboard ☐ Autre :

Circonstances de l'accident :

Avez-vous été secouru(e) par le service des pistes ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui par quels moyens ?

☐ Traîneau / Barquette ☐ Scooter ☐ Hélicoptère

☐ Autres :

Avez-vous été transporté(e) en ambulance ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui : ☐ Jusqu'au cabinet médical

☐ Jusqu'à l'hôpital ☐ Retour station

**2. S'il s'agit d'une maladie donnant lieu à hospitalisation,
précisez sa nature (joindre un bulletin d'hospitalisation) :**

Dates d'hospitalisation : du au

**3. S'il s'agit d'un retour anticipé au domicile précisez
sa cause (joindre les justificatifs de l'événement) :**

Date du retour :

Nombre de personnes assurées concernées :

(joindre les originaux des justificatifs de vente de vos forfaits)

4. S'il s'agit d'un autre événement, précisez sa nature :

Fait à

Le

Signature

**Attention, joignez à votre déclaration l'original
du justificatif de vente de votre forfait valant
attestation d'assurance et un certificat médical
attestant de vos blessures.**