



WTW Montagne

# Déclaration d'accident

Envoyer dans les 5 jours à

WTW Montagne, service FFRS  
3 B, rue de l'Octant - BP 279 - 38433 Echirolles cedex - Tél. **09 72 72 29 02**  
ou déclaration en ligne sur le site : [www.grassavoie-montagne.com](http://www.grassavoie-montagne.com)



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'incapacité 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 \_\_\_\_\_

## Témoins

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

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

### Pièces à fournir

#### Traitement médical

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