

# Déclaration d'événement accidentel rentrant dans le cadre des garanties du contrat

Merci de privilégier la déclaration en ligne : [speleo.grassavoye-montagne.com](http://speleo.grassavoye-montagne.com)

Sinon compléter et adresser cette déclaration dans les 5 jours après l'accident ou l'événement à :

WTW MONTAGNE - 3 B rue de l'Octant - BP 279 - 38433 Échirolles Cedex ou [ffspeleo@grassavoye-montagne.com](mailto:ffspeleo@grassavoye-montagne.com)

Contrat souscrit par la FFS auprès de la Compagnie AXA France sous le numéro 205.000959.992.87 et AXA Assistance sous le numéro 0803652

Date de l'accident :

Lieu précis :

## VICTIME DE L'ACCIDENT

Nom :  Prénom :  Date de naissance :

Adresse :

Code postal :  Commune :  Pays :

Profession :  Situation de famille :  Nombre d'enfants à charge :

Nature des blessures : (joindre le certificat médical initial)

Est-elle ?  droitière  gauchère

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

Est-elle affiliée au régime ?  Sécurité Sociale  TNS  Agricole  Autre  N° d'immatriculation :

Régime complémentaire :

## ENCADRANT DE L'ACTIVITÉ

Nom :  Prénom :

Adresse :

Code postal :  Commune :  Pays :

Numéro de la carte FFS :

## OPTION SOUSCRITE

OPTION I

OPTION II

OPTION III

RC uniquement

Assurance initiation

Numéro de la carte FFS :

Date de délivrance :

Nom de l'Association :

Adresse :

Code postal :  Commune :  Pays :

## ACTIVITÉ AU MOMENT DE L'ACCIDENT

Spéléologie      Canyonisme  
Exploration      Entraînement      Opération de secours réelle ou entraînement  
Autre activité (à préciser)

## CIRCONSTANCES PRÉCISES DE L'ACCIDENT

Expérience en pratique :

Années de pratique :




## DOMMAGES CAUSÉS À DES TIERS

Nom :  Prénom :   
Adresse :   
Code postal :  Commune :  Pays :   
    
Nature des dommages :

## RECHERCHE ET SAUVETAGE      OUI      NON

Si oui par quels moyens ?      Traîneau      Barquette      Scooter      Hélicoptère / Autres :  
Avez-vous été transporté(e) en ambulance ?      OUI      NON  
Si oui, précisez où ?      Cabinet médical      Hôpital      Retour station  
Rapport de :      Gendarmerie      Police      Autre Autorité (laquelle ?)  
N° du PV :   
Nom et adresse de l'autorité :

## TÉMOIN DE L'ACCIDENT

Nom :  Prénom :   
Adresse :   
Code postal :  Commune :  Pays :   
  

Fait à  le  " Je certifie exactes toutes les informations portées ci-dessus et ci-après "

Signature de l'Assuré