DECLARACIÓN DEL SINIESTRO

Cupón que hay que devolver en los 15 días a: Gras Savoye Montagne
3B, rue de l'Octant - B.P. 279 - 38433 Echirolles Cedex
Tel. +33 (0)9 72 72 22 45

ASSUR' GLISSE by Orion Ticket Neige
Je m'assure, ça me rassure

Estación: .....
Apellido: ..... Nombre: .....
Fecha de nacimiento: .....
Dirección permanente: .....
Paese: ..... Ciudad: ..... Païs: .....
Telf. ..... Celular: .....
E-mail: .....
Nombre del responsable legal para un menor de edad: .....
.....

Tipo de forfait: ☐ Diario ☐ Varios días
¿Es benefi ciario(a) del Seguro Social? ☐ Si ☐ No
¿Cuenta con un seguro complementario de salud? ☐ Si ☐ No
Si la respuesta es afi rmativa, indique los datos: .....
.....
.....

Declaración de siniestro originada por:
☐ 1. Accidente de esquí ☐ 2. Enfermedad
☐ 3. Retorno anticipado al domicilio ☐ 4. Intemperie
☐ 5. Otro : .....
.....

1. Si se trata de un accidente de esquí, le rogamos que responda las siguientes preguntas:
Fecha del accidente: ..... Hora: .....
Pista: : .....
Actividad que practicaba cuando ocurrió el accidente:
☐ Esquí ☐ Snowboard ☐ Otro: .....
.....
Descripción del accidente .....
.....
.....
¿Fue asistido(a) por los servicios de pistas?
☐ Si ☐ No
En caso afi rmativo indique con qué medios
☐ Trineo / Barqueta ☐ Motonieve ☐ Helicóptero
☐ Otros: .....

¿Fue transportado(a) en ambulancia? ☐ Si ☐ No
Si positivo: ☐ Hasta el consultorio médico
☐ Hasta el hospital ☐ De regreso a la estación de esquí

2. Si se trata de una enfermedad que requiera de hospitalización, precise su naturaleza (incluir el certi cado de estado):
.....
.....
.....
Fechas de hospitalización: del ..... al .....

3. Si se trata de un retorno anticipado al domicilio, indique la causa (incluir todos los justi cativos de la fecha de su retorno):
.....
.....
Fecha de retorno: .....
Número de personas benefi ciarias concernidas: .....
(adjuntar los originales de justificativos de sus forfaits de esqui)

4. En caso de intemperie:
Le rogamos a que haga una sola declaracion para el conjunto de la familia y para todos los dias consecutivos a los que se hace referencia

5. Si se trata de otro asunto, de nos mas detalles:
.....
.....
.....
.....
.....

Hecho en:
Li:
Firma

Cuidado: adjuntar a su declaracion el orignal del recibo de venta de su forfait que representa su certificado de seguro asi como su certificado medical que testimonia de sus heridas.

GRAS SAVOYE
Willis Towers Watson

Mutuaide Assistance