 **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

**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 res- ponda 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

1. Si se trata de una enfermedad que requiera de hospitaliza- ción, precise su naturaleza (incluir el certi cado de estado):

..............................................................................................

..............................................................................................

..............................................................................................

Fechas de hospitalización: del ................ al .............................

1. 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)

1. 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

1. 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.

