



Serre Chevalier Vallée

ASSURANCE SKI

FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE SINISTRE

CLAIM FORM

A retourner, sous 8 jours, accompagné des pièces complémentaires ci-contre à : / To be returned within 8 days, accompanied by the additional documents opposite:

Nom / Name..... Prénom / First name

Date de naissance / Date of birth __/__/____

Sexe / Gender M F

Adresse / Address

Code postal / Post code Ville / City

Pays / Country

E-mail / E-mail

Tél. / Tel.

Votre régime de santé obligatoire / Your compulsory health insurance plan

Nom et adresse / Name and address

Avez-vous une Mutuelle ? / Do you have a mutual health insurance policy ?

oui / yes non / no

Si oui, Nom et adresse / If yes, name and address

Nature du sinistre / Type of claim accident / accident autre / other

Date du sinistre / Date of the event __/__/__ Heure / time.....H.....

Station / Ski resort

Circonstances de l'accident / Circumstances of the accident

Vous avez été secouru(e) / Were you rescued oui / yes non / no

Par quel moyen / How were you rescued

Vous avez été transporté(e) vers / Were you transported to

un centre médical / a healthcare facility un hôpital / a hospital

Si oui lequel / If yes, which medical center or hospital

Par quel moyen / How were you transported

L'accident a-t-il été causé par un tiers / Was the accident caused by a third party

oui / yes non / no

Si oui, nom et adresse du tiers / If so, name and address of that person

Si des témoins ont vu l'accident / If there were witness

Nom(s) et adresse(s) / Name(s) and address(es)

Fait à / Signed in....., le / on __/__/____

Signature

Dans un premier temps, contactez IMPÉRATIVEMENT les pisteurs secouristes des remontées mécaniques.

Contactez ensuite le service des pistes de votre station afin d'obtenir les documents nécessaires pour votre prise en charge et vos remboursements.

Déclarez-nous le sinistre dans les huit jours où vous en avez eu connaissance, sauf cas fortuit ou de force majeure.

Adressez votre dossier de sinistre par courrier à :

Gritchen Affinity / Service Sinistre Montagne
27 Rue Charles Durand
CS70139 – 18021 BOURGES Cedex
FRANCE

ou en ligne sur www.assurance-ski-serrechevalier.fr

N'oubliez pas de joindre à cette déclaration

les originaux suivants :

- La facture d'achat du forfait de ski ou du forfait assuré,
- ainsi que la preuve d'achat de l'assurance
- Vos coordonnées bancaires (SWIFT / IBAN)
- LE CERTIFICAT MEDICAL INITIAL DU MEDECIN précisant la nature des blessures, et s'il y a ou non incapacité de ski
- L'attestation éventuelle d'intervention d'un autre assistant précisant le motif de l'intervention
- La copie de votre carte ou de l'attestation du système de sécurité sociale ;
- La copie de votre carte de Mutuelle.

En cas de demande de rapatriement médical à votre domicile, après accord du médecin, contactez :

EUROP ASSISTANCE - 24h/24 et 7J/7
+33 (0)1 41 85 90 19

Les remboursements effectués par la compagnie d'assurance interviennent en complément des prises en charge de votre sécurité sociale et mutuelle privée (documents sur demande).

First, YOU MUST contact the ski piste patrol team for the ski lifts.

Contact the rescue service to obtain the documents necessary for your coverage and refund.

Send us your claim declaration within 8 days of the event, except in the case of an unforeseeable event or force majeure:

by post :

Gritchen Affinity / Service Sinistre Montagne
27 Rue Charles Durand
CS70139 – 18021 BOURGES Cedex
FRANCE

or online at www.assurance-ski-serrechevalier.fr

Don't forget to attach the following originals to your declaration :

- Purchase invoice of the ski pass, or the insured pass and/or proof of purchase of insurance
- Bank account details (SWIFT / IBAN)
- THE DOCTOR'S INITIAL MEDICAL CERTIFICATE indicating the type of injuries and whether or not they impede skiing
- Any proof of intervention from another assistance provider indicating the reason for the intervention
- A copy of your social security system card or certificate
- A copy of your private complementary health insurance card.

For medical repatriation home, after agreement from the doctor, please call:

EUROP ASSISTANCE - 24h/24 et 7J/7
+33 (0)1 46 43 50 20

Refunds made by the insurance company are in addition to your social security and private mutual insurance company cover. (Documents on request).