



Déclaration d'accident

A effectuer dans les 5 jours directement en ligne : <https://montagne.wtwco.com>,

OU remplir ce formulaire et l'envoyer à : fr.ffrs@wtwco.com,

✉ WTW Montagne, service FFRS 3 B, rue de l'Octant - BP 279 - 38433 Echirolles cedex



Pour toute question ☎ 09 72 72 29 02

Joindre **obligatoirement** à votre demande :

- une **copie lisible de votre licence** indispensable pour la validation des garanties,

- un **certificat médical initial** précisant la nature de vos blessures et la durée de l'inaptitude à la pratique d'activités sportives.

Dès l'enregistrement 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
Tél.	Pays
E-mail	
pour les enfants mineurs	
nom et adresse du responsable légal	
N° de licence (joindre une copie)	
Options souscrites	
Etes-vous assuré social ?	
Avez-vous une complémentaire santé ?	
Autres assurances ?	
IA IA+ Effets Personnels	
non oui A quelle caisse appartenez-vous ?	
non oui si oui, nom	
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	optique autre, préciser
	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

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.

Options IA Base ou IA+ : indemnisation des préjudices corporels

Pour toute demande de remboursement, fournir obligatoirement les éléments suivants :

- certificat médical initial,
- décomptes de Sécurité sociale et/ou de mutuelle (ou le cas échéant le refus de prise en charge),
- RIB,
- ainsi que les pièces selon le type de demande voir ci-dessous.

Traitement médical

Frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques : consultations, kiné...

Frais médicaux prescrits mais non remboursés par la Sécurité sociale et/ ou la mutuelle

Pièces à fournir

- Ordonnances et factures acquittées
- Comptes-rendus médicaux (consultations, opérations, etc.)
- Ordonnances et factures acquittées

Chambre particulière

- Bulletin d'hospitalisation
- Comptes-rendus opérations
- Facture acquittée

Ostéopathie

- Factures acquittées
- Prescriptions médicales (recommandées)

Soins et frais de prothèses

- Ordonnances / factures acquittées
- Comptes-rendus médicaux (consultations, opérations...)

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

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, aide à la toilette)

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

Option Effets Personnels

- Le certificat médical initial
- La facture d'achat d'origine du matériel
- Le devis de réparation ou certificat d'irréparabilité ainsi que la facture de remplacement
- Des photos du matériel endommagé

Responsabilité Civile/Défense-Recours

- Circonstances détaillées du sinistre et/ ou constat amiable le cas échéant
- Témoignage(s)
- Devis de réparation ou facture de la valeur réelle du dommage



Tous les papiers
se trient et se recyclent



Ne pas jeter sur
la voie publique

Ce document n'est pas contractuel