



DÉCLARATION DE SINISTRE

A faire parvenir dans les 15 jours suivant l'évènement à l'adresse suivante :
GBC MONTAGNE - Service «Carré Neige Nordique» - B.P. 19 - 73704 Bourg-Saint-Maurice Cedex - France



M. MME ENFANT

Nom, prénom : Date de naissance :

Nom, prénom du responsable légal (si la déclaration concerne un enfant)

Adresse :

Code postal : Localité :

Pays : Tél. :

Adresse mail :

Date de l'évènement : Heure :

Station :

Nature du sinistre : accident de ski de fond ou activités nordiques autre

Précisez :

Caused par un tiers identifié ? oui non

(vous concerne uniquement si vous souhaitez monter un recours contre le tiers présumé responsable de votre accident dont vous avez les coordonnées complètes)

Si oui, nom, prénom et adresse de cette personne :

Avez-vous été secouru(e) par le service des pistes ? oui non

Si oui, par quel moyen ? Traineau / barquette / scooter Hélicoptère

Avez-vous été transporté(e) en ambulance ou taxi vers un centre médical ?

oui non

Si oui, à quelle date ?

Et pour quel trajet ? lieu de l'accident au cabinet médical

lieu de l'accident à l'hôpital cabinet médical à l'hôpital

cabinet médical au domicile de vacances hôpital au domicile de vacances

Nom de votre organisme de santé de base (sécurité sociale) :

Avez-vous une complémentaire médicale (contrat complétant les remboursements de votre organisme de base) ?

oui non

Si oui, nom de celle-ci :

PIÈCES A FOURNIR IMPÉRATIVEMENT AVEC LA DÉCLARATION DE SINISTRE

- « titres d'accès au domaine skiable » + justificatifs de vente avec dates de validité, prix et « Carré Neige Nordique »,
- certificat médical circonstancié établi par le médecin consulté sur place lors du séjour précisant la nature de la blessure et la durée de l'incapacité sportive interdisant la pratique du ski de fond ou autres activités nordiques à l'Assuré,
- carte + facture de «cours de ski» avec dates de validité et prix si nécessaire.

Fait à : Le :

Signature :

Les informations recueillies par GBC MONTAGNE, au cours de la relation d'affaire, font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion et l'exécution de votre contrat, l'application de la réglementation en matière de Lutte contre le blanchiment de capitaux, et le financement du terrorisme, de lutte contre les fraudes, la mise en place de virements ou prélèvements bancaires. Elles sont conservées 5 ans à compter de la fin du contrat. Les destinataires des données sont les assureurs qui interviennent dans le cadre de l'exécution ou de la gestion de votre contrat, et le cas échéant, les autorités administratives et judiciaires pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires en vigueur. Par ailleurs, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de portabilité, de rectification, de suppression et d'opposition aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant par écrit au Délégué représentant à la protection des données à l'adresse du siège social de MUTUAIDE ASSISTANCE ou par email à DRPO@MUTUAIDE.fr (sauf pour la protection juridique). Vous avez également la faculté de soumettre une réclamation sur le site de la CNIL en remplissant un formulaire de plainte en ligne ou par courrier postal en écrivant à : CNIL - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

NOTA BENE :

Vous devez être en mesure de nous fournir pour chaque assuré la copie recto-verso d'une pièce d'identité en cours de validité ou du livret de famille s'il s'agit d'un enfant ne possédant pas de pièce d'identité sur simple demande de notre part.

