

DECLARATION D'ACCIDENT - ACCIDENT FORM

A renvoyer dans les 5 jours au Cabinet AZZURO - 6 rue Faure du Serre – B.P. 11 – 05001 GAP Cedex
Tél: 04.92.51.82.77 – Fax: 04.92.53.33.43

This document is not valid unless you join the medical certificate(s) and a copy of your ski pass & insurance.

NOM / NAME :

Prénom / First name :

Date de naissance / Date of birth :

Adresse permanente / Permanent address :

Code Postal / Post Code : Ville / Town :

Pays / Country : Tél. / Phone number :

E-mail :

Date et heure de l'accident / Date and time of accident : / / - h

Nom du lieu de l'accident / Name of accident place :

Circonstances de l'accident / Circumstances of accident :

.....

.....

Nature des blessures / Nature of injuries :

.....

En cas d'accident avec un tiers / In case of an accident with a third party

Nom, prénom et adresse du tiers / Name, first name and address of third party :

.....

Nom, prénom et adresse des témoins / Name, first name and address of witnesses :

.....

Moyen de transport lors des secours sur piste / Slope's first aid transportation mode :

.....

Transport en ambulance / Ambulance transport needed : ☐ Oui/yes ☐ Non/No

Jusqu'où ? / Where to ? :

Nom et adresse de votre assureur Responsabilité Civile / Name and address of your personal liability insurance company :

.....

Fait à/Place, le/date...../...../..... Signature :

Pièces à fournir : – Copie de l'assurance

– Copie du forfait et preuve d'achat

– Certificat Médical d'incapacité à skier suite à accident

– pour toute demande de remboursement de forfait, relevé d'identité bancaire (RIB).