

## TABLEAU DES GARANTIES « ASSURANCE SKI » 2018/2019

- Le ski, le snowboard et les sports de neige sont couverts sur le domaine skiable accessible avec le « forfait saison » (y compris le domaine relié),
- Le hors-piste accessible depuis les remontées mécaniques est couvert,
- Le ski de randonnée est couvert en France métropolitaine et dans les pays limitrophes,
- Les sports d'été accessibles avec le « forfait saison » sont couverts.

MONTANT DU PLAFOND DES GARANTIES PAR PERSONNE ET PAR SINISTRE : 50 000 €		
GARANTIES ASSURANCE		
gérées par <b>GBC MONTAGNE à Bourg Saint Maurice (73) - Tél : 04 79 07 30 71</b> Contact : <a href="mailto:cperochon@gbc-mountain.com">cperochon@gbc-mountain.com</a>		
<b>1. SECOURS ET EVACUATION</b>		
Frais de secours et de recherche		
Frais de premier transport		
<b>2. REMBOURSEMENT DU « FORFAIT SAISON » NON UTILISE* SUITE A :</b>		
<b>Accident de ski, snowboard, sports de neige ou ski de randonnée, maladie grave ou décès</b> (L'incapacité sportive doit porter <b>sur le reste de la saison</b> )  <small>*le remboursement du « forfait saison » est calculé selon le tableau se trouvant dans les Conventions Spéciales « Assurance Ski »</small>	<b>Franchise de 50 € par dossier dédite de l'indemnité due au titre des garanties ci-contre (points 2, 3 et 4)</b>	
<b>3. REMBOURSEMENT DES JOURNEES NON UTILISEES DE « FORFAITS REMONTEES MECANQUES » ET DE « COURS DE SKI » (AVEC UN MAXIMUM DE 6 JOURS) SUITE A :</b>		
Accident de ski, snowboard, sports de neige ou ski de randonnée		
Maladie		
Décès d'un ascendant ou descendant, incendie, catastrophe naturelle ou vol		
Garde d'un enfant accidenté de moins de 15 ans titulaire d' « Assurance Ski » (et pour un seul parent titulaire d' « Assurance Ski »)		
<b>4. REMBOURSEMENT DES FRAIS MEDICAUX, PHARMACEUTIQUES ET D'HOSPITALISATION EN COMPLEMENT DES ORGANISMES DE SANTE</b>		
En cas d'accident (Uniquement pour les frais engagés en France métropolitaine pendant les 18 mois suivant l'accident)		
<b>5. DEFENSE JURIDIQUE ET RECOURS</b>		
Prise en charge de la défense de vos intérêts :		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans le cadre de tout recours visant à la réparation pécuniaire de votre préjudice si vous êtes victime de dommages matériels ou corporels impliquant la responsabilité d'un tiers identifié, à l'occasion d'un Accident garanti au titre du présent contrat,</li> <li>• Devant toute juridiction répressive si vous êtes poursuivi(e) en qualité d'auteur ou de co-auteur d'une infraction relevée à l'occasion de l'Accident garanti au titre du présent contrat.</li> </ul>		
<b>Dépenses garanties :</b>		
<b>Au plan amiable</b>	<b>Par sinistre :</b> seuil d'intervention minimum : 275 € prise en charge amiable : 1000 € maximum	
Prise en charge des honoraires d'expert ou de spécialiste mandaté par GROUPAMA PROTECTION JURIDIQUE ou par vous avec l'accord préalable et formel de GROUPAMA PROTECTION JURIDIQUE,		
<b>Au plan judiciaire</b>	<b>Plafond par sinistre et par contrat:</b> 7650 € dans la limite des barèmes par juridiction	
Prise en charge des frais de constitution du dossier de procédure avec l'accord préalable et formel de GROUPAMA PROTECTION JURIDIQUE, des frais taxables d'huissier de justice ou d'expert judiciaire mandaté dans votre intérêt pour pouvoir poursuivre la procédure garantie et des honoraires et frais non taxables d'avocat.		
GARANTIES ASSISTANCE		
gérées par <b>MUTUAIDE ASSISTANCE à Bry sur Marne (94) - Tél : 01 55-98-57-93</b>		
<b>6. ASSISTANCE RAPATRIEMENT (MUTUAIDE ASSISTANCE)</b>		
<b>Transport / Rapatriement</b>	Frais réels	
<b>Retour des enfants de moins de 15 ans</b>	Prise en charge Billet(s) retour en train 1 <sup>ère</sup> classe ou en avion classe économique avec accompagnement si nécessaire	
<b>Transport du corps en cas de décès</b>	Prise en charge du transport du corps, des soins de préparation et aménagements spécifiques au transport du corps jusqu'au lieu des obsèques Participation frais de cercueil et d'urne : 1 500 €	
<b>Chauffeur de remplacement</b>	Frais de voyage et salaire du chauffeur ou Billet de train 1 <sup>ère</sup> classe ou billet d'avion en classe économique	

# ASSURANCE SKI 2018/2019

## PIECES A FOURNIR IMPERATIVEMENT AVEC LA DECLARATION DE SINISTRE

- forfait saison (original en cas d'incapacité de skier **pour le reste de la saison**) ou forfait séjour
- justificatif de vente du forfait avec les dates de validité et le prix
- certificat médical initial du médecin précisant la nature de la blessure et la durée d'incapacité de skier
- copie de votre carte d'adhérent APLP avec mention de l'assurance
- carte + facture de « cours de ski » avec dates de validité et prix si nécessaire

## DÉCLARATION DE SINISTRE

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

Nom, prénom : ..... Date de naissance : .....  
Nom, prénom du responsable légal (si la déclaration concerne un enfant) : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Localité : .....

Pays : .....

Tel : .....

Adresse mail : .....

Date de l'événement : ..... Heure : .....

Station : .....

Nature du sinistre :  accident de ski, snowboard, sport de neige ou ski de randonnée  autre

Précisez : .....

Causé par un tiers ?  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

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 : .....

Fait à : ..... Le : ...../...../.....

Signature :

Vos données personnelles sont collectées et traitées par GBC MONTAGNE pour le compte de l'assureur MUTUAIDE ASSISTANCE conformément à la réglementation relative à la protection des données personnelles en vigueur. Vos données collectées et traitées sont conservées pour la durée nécessaire à l'exécution de votre contrat ou de l'obligation légale. Elles sont ensuite archivées conformément aux durées prévues par les dispositions de votre contrat relatives à la prescription. Vos données peuvent être accessibles à certains des collaborateurs ou prestataires de MUTUAIDE ASSISTANCE dans des pays situés hors de l'Union Européenne.

Nous vous informons que vous disposez, en justifiant de votre identité, d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition aux données traitées. Vous disposez également du droit de demander de limiter l'utilisation de vos données lorsqu'elles ne sont plus nécessaires, ou de récupérer dans un format structuré les données que vous avez fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsque vous avez consenti à l'utilisation de ces données. Vous disposez enfin d'un droit de définir des directives relatives au sort de vos données personnelles après votre mort. Ces directives, générales ou particulières, concernent la conservation, l'effacement et la communication de vos données après votre décès.

Ces droits peuvent être exercés auprès du Délégué Représentant à la Protection des Données de MUTUAIDE ASSISTANCE :

• Pour toutes les garanties (sauf la garantie « Défense Juridique et Recours ») :

- par mail : à l'adresse DRPO@MUTUAIDE.fr ou

- par courrier : en écrivant à l'adresse suivante : Délégué représentant à la protection des données - MUTUAIDE ASSISTANCE - 8/14 Avenue des Frères Lumière - 94368 Bry-sur-Marne Cedex.

Après en avoir fait la demande auprès du Délégué représentant à la protection des données et n'ayant pas obtenu satisfaction, vous avez la possibilité de saisir la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés).

## 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.

# ASSURANCE SKI 2018/2019

## PIECES A FOURNIR IMPERATIVEMENT AVEC LA DECLARATION DE SINISTRE

- forfait saison (original en cas d'incapacité de skier **pour le reste de la saison**) ou forfait séjour
- justificatif de vente du forfait avec les dates de validité et le prix
- certificat médical initial du médecin précisant la nature de la blessure et la durée d'incapacité de skier
- copie de votre carte d'adhérent APLP avec mention de l'assurance
- carte + facture de « cours de ski » avec dates de validité et prix si nécessaire

## DÉCLARATION DE SINISTRE

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

Nom, prénom : ..... Date de naissance : .....  
Nom, prénom du responsable légal (si la déclaration concerne un enfant) : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Localité : .....

Pays : .....

Tel : .....

Adresse mail : .....

Date de l'événement : ..... Heure : .....

Station : .....

Nature du sinistre :  accident de ski, snowboard, sport de neige ou ski de randonnée  autre

Précisez : .....

Causé par un tiers ?  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

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 : .....

Fait à : ..... Le : ...../...../.....

Signature : .....

Vos données personnelles sont collectées et traitées par GBC MONTAGNE pour le compte de l'assureur MUTUAIDE ASSISTANCE conformément à la réglementation relative à la protection des données personnelles en vigueur. Vos données collectées et traitées sont conservées pour la durée nécessaire à l'exécution de votre contrat ou de l'obligation légale. Elles sont ensuite archivées conformément aux durées prévues par les dispositions de votre contrat relatives à la prescription. Vos données peuvent être accessibles à certains des collaborateurs ou prestataires de MUTUAIDE ASSISTANCE dans des pays situés hors de l'Union Européenne.  
Nous vous informons que vous disposez, en justifiant de votre identité, d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition aux données traitées. Vous disposez également du droit de demander de limiter l'utilisation de vos données lorsqu'elles ne sont plus nécessaires, ou de récupérer dans un format structuré les données que vous avez fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsque vous avez consenti à l'utilisation de ces données. Vous disposez enfin d'un droit de définir des directives relatives au sort de vos données personnelles après votre mort. Ces directives, générales ou particulières, concernent la conservation, l'effacement et la communication de vos données après votre décès.  
Ces droits peuvent être exercés auprès du Délégué Représentant à la Protection des Données de MUTUAIDE ASSISTANCE :  
• Pour toutes les garanties (sauf la garantie « Défense Juridique et Recours ») :  
- par mail : à l'adresse DRPO@MUTUAIDE.fr ou  
- par courrier : en écrivant à l'adresse suivante : Délégué représentant à la protection des données - MUTUAIDE ASSISTANCE - 8/14 Avenue des Frères Lumière - 94368 Bry-sur-Marne Cedex.  
Après en avoir fait la demande auprès du Délégué représentant à la protection des données et n'ayant pas obtenu satisfaction, vous avez la possibilité de saisir la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés).

## 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.