

DECLARATION DE SINISTRE

PERSONNE BLESSEE

Nom : Date de naissance :

Prénom : Sexe :

Adresse : Téléphone :

Code postal : Bureau distributeur :

Numéro de licence : statut particulier : Président de club
 Dirigeant Fédé/C.R./C.D/Ass
 Athlète de haut niveau
 Enseignants

Garantie d'assurance dont bénéficie le licencié :

Garantie de base automatiquement incluse dans la licence

Garantie facultative complémentaire : option 1 option 2

Date de l'accident | | | | | | | |

Lieu de l'accident :

Régime de prévoyance :

* Sécurité Sociale N°

* Nom et N° Mutuelle

Nom et adresse des témoins :

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

Compétition Entraînement Déplacement

Relater les faits avec le plus de précisions possible en faisant, si nécessaire, un croquis.

.....

PIECES A JOINDRE

Dans tous les cas : Photocopie de la licence, certificat médical décrivant les blessures et précisant, le cas échéant, la nécessité d'une hospitalisation, et/ou une constatation des dégâts matériels, ainsi qu'un devis précisant le montant des réparations à effectuer.

Le cas échéant : justifications des frais médicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation, de transport, restant à la charge du blessé après remboursement de la Sécurité Sociale et de la Mutuelle ou tout autre régime de prévoyance (originaux des bordereaux de remboursement à joindre) et/ou facture acquittée mentionnant le montant des frais de réparation des dégâts matériels.

En cas de décès : certificat médical indiquant la cause du décès, fiches d'état civil concernant le décédé.

PERSONNE EFFECTUANT LA DECLARATION

Nom / Prénom :
Qualité :
Adresse :
Code postal : Bureau distributeur : Téléphone :

signature :

CLUB

NOM :

Cachet du club et signature du responsable

Adresse :

N° affiliation :

CERTIFICAT MEDICAL EVENTUEL

A....., le

Je soussigné.....

Docteur en médecine à

déclare avoir examiné

M.....

Victime d'un accident le

et avoir constaté les lésions suivantes (siège et nature) :

Durée de l'arrêt de travail ou durée de l'incapacité physique totalejours

Durée de l'arrêt activité sportivejours

Cachet et signature du médecin (n° du conseil de l'ordre)

**Certificat sur papier libre remis à l'intéressé sur sa demande pour servir et valoir ce que de droit,
non valable devant les Tribunaux**

DECLARATION DE SINISTRE A ADRESSER DANS LES CINQ JOURS A

MARSH

DEPARTEMENT GESTION SPORTS LOISIRS & EVENEMENTS

36 rue RASPAIL, 92536 LEVALLOIS-PERRET CEDEX

Tél : 0 810 359 359 -- Fax : 0 810 000 205