

## 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

Enseignants

Athlètes de H.Niveau

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 totale .....jours

Durée de l'arrêt activité sportive.....jours

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 5 JOURS A :**

**MARSH**

**DEPARTEMENT GESTION SPORTS LOISIRS & EVENEMENTS**

**Tour Ariane, La Défense 9, 92088 PARIS LA DEFENSE CEDEX**

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

MONDIAL ASSISTANCE OU France SECOURS INTERNATIONAL: + 33 1 49 93 73 42

Numéro de convention : 313

Numéro contrat : 86 101 199 Gan Eurocourtage