

Joindre **obligatoirement** à votre demande :

- une **photocopie lisible recto/verso de votre licence** indispensable pour la validation des garanties,
- un **certificat médical initial** précisant la nature de vos blessures et la durée de l'inaptitude à la pratique d'activités sportives.

Dès réception de votre dossier nous vous adresserons un accusé de réception précisant votre référence de dossier.

Nous vous remercions d'attendre ce document avant de nous adresser toute autre correspondance.

Renseignements concernant l'adhérent accidenté

Nom _____ Prénom _____
Lieu de naissance _____ Date de naissance ____ / ____ / ____
Sexe _____ Nationalité _____
Adresse permanente _____
Code postal _____ Commune _____ Pays _____
Tél. _____ E-mail _____
pour les enfants mineurs nom et adresse du responsable légal _____

N° de licence (*joindre une photocopie recto/verso*) _____ délivrée par le club _____
Avez-vous souscrit la garantie **MSC I.A. PLUS** ☐ non ☐ oui (*joindre justificatif*)
Etes-vous assuré social ? ☐ non ☐ oui A quelle caisse appartenez-vous ? _____
Avez-vous une complémentaire santé ? ☐ non ☐ oui si **oui**, nom _____
Autres assurances ? ☐ non ☐ oui si **oui**, coordonnées et n° contrat _____

Déclarant du sinistre (partie à compléter si l'adhérent n'est pas en mesure de compléter sa déclaration)

Nom _____ Prénom _____
Coordonnées _____

Circonstances du sinistre

Date de l'accident ____ / ____ / ____ heure ____ / ____ lieu _____
département _____ pays _____

Citer l'activité pratiquée lors de l'accident
L'activité pratiquée était-elle encadrée ? ☐ non ☐ oui si **oui**, par quel club ou association _____
Type de l'activité encadrée : ☐ club ☐ stage ☐ séjour
Nom de l'animateur ou de l'encadrant _____ tél. _____
@ _____

Causes et circonstances détaillées

Nature du préjudice **matériel** : ☐ non ☐ oui **corporel** : ☐ non ☐ oui
Nature des blessures (*joindre certificat médical initial*)
Avez-vous bénéficié d'un secours ? ☐ non ☐ oui si **oui**, par quel moyen (*ex. hélicoptère...*) _____
Avez-vous été transporté(e) en ambulance ? ☐ non ☐ oui si **oui**, précisez où : ☐ cabinet médical ☐ hôpital ☐ autre _____
Constat de police ou de gendarmerie ☐ non ☐ oui si **oui**, commissariat ou brigade de _____
n° du procès verbal _____

L'accident met en cause un tiers

Tiers auteur : ☐ non ☐ oui victime : ☐ non ☐ oui
Nom _____ prénom _____
adresse _____
code postal _____ commune _____ pays _____
tél. _____ e-mail _____
Nature des dommages subis par le tiers ☐ matériel ☐ corporel
Coordonnées de son assureur nom _____ police n° _____
adresse _____

Témoins

Nom et adresse du ou des témoins _____

Joindre un témoignage ainsi qu'un recto/verso d'une pièce d'identité

A _____ le ____ / ____ / ____ Signature adhérent
ou déclarant