

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/ligue/CD  
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

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 (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

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 CINQ JOURS A**

**MARSH**

**Département Sports**

**Service Information et Gestion**

**54 quai Michelet, 92681 LEVALLOIS-PERRET CEDEX**

**Tél : 0 810 359 359 (prix d'un appel local) -- Fax : 0 810 000 205**