

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 _____
date de naissance ____ / ____ / ____	sexe _____ nationalité _____
adresse permanente _____	
code postal _____	commune _____ pays _____
tél. _____	e-mail _____
<i>pour les enfants mineurs</i>	nom et adresse du responsable légal _____
N° de licence (<i>joindre une photocopie recto/verso</i>) _____	délivrée par le club _____
Avez-vous souscrit la garantie MSC I.A. PLUS ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui (<i>joindre justificatif</i>)
Etes-vous assuré social ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
A quelle caisse appartenez-vous ?	_____
Avez-vous une complémentaire santé ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui si oui , nom _____
Autres assurances ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui si oui , coordonnées et n° contrat _____

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 ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui si oui , par quel club ou association _____
Type de l'activité encadrée :	<input type="checkbox"/> club <input type="checkbox"/> stage <input type="checkbox"/> séjour
Nom de l'animateur ou de l'encadrant	_____ tél. _____
	_____ @ _____
Causes et circonstances détaillées	_____

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

L'accident met en cause un tiers

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

Témoins

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

Nom et adresse du ou des témoins _____
