

DÉCLARATION D'ACCIDENT

LICENCE CARTE NEIGE SAISON 2019/2020

Valable jusqu' au 14/10/2020



À compléter en lettres capitales et à retourner dans les 5 jours à :

Verspieren Licence Carte Neige
1, avenue François-Mitterrand
BP 30 200
59446 Wasquehal Cedex

Déclaration en ligne sur le site :
www.ffs.verspieren.com

Joindre obligatoirement à votre déclaration :

- une photocopie lisible recto-verso de votre licence Carte Neige (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 ;
- l'original recto verso du forfait et la facture nominative détaillée de votre forfait remontées mécaniques de plus de 2 jours ;
- la facture détaillée de vos cours de ski souscrits en lien direct avec une école du ski français, limité à 8 jours ;
- les photocopies de vos feuilles de soins et/ou factures, avant de les adresser à la Sécurité sociale et à votre mutuelle ;
 - un relevé d'identité bancaire.

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.

À COMPLÉTER IMPÉRATIVEMENT

Date de l'accident Heure

Nom de la station

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHÉRENT ACCIDENTÉ

N° de licence Carte Neige (joindre une photocopie recto-verso)

Délivrée par le club de

Nom

Prénom

Date de naissance Sexe

Nationalité

Adresse permanente

Code postal Commune

Pays Tél.

E-mail

Pour les enfants mineurs, nom et adresse du responsable légal

.....

Type de ski pratiqué

Circonstances de l'accident

.....

.....

Nature des blessures (joindre le certificat médical de constatation des blessures)

.....

.....

Avez-vous été secouru(e) par le service des pistes ? Oui Non

Si oui par quels moyens ? traîneau/barquette scooter hélicoptère

Autres

Avez vous été transporté(e) en ambulance? Oui Non

Si oui : hôpital cabinet médical retour station

Êtes-vous assuré(e) social(e) ? Oui Non

À quelle caisse appartenez-vous ?

Nom de votre mutuelle ?

Cet accident doit être déclaré à votre Caisse de Sécurité sociale ainsi qu'à votre mutuelle.

Autres assurances ? Oui Non

Si oui coordonnées

N° Police

EN CAS DE COLLISION

En cas d'accident avec un tiers, nous indiquer (conformément à la loi du 13/07/82 article 121.4 du Code des assurances) :

Nom et adresse de votre assureur responsabilité civile (contrat Multirisques Habitation, assurance scolaire, etc.)

N° police

Votre version des faits (avec croquis sur papier libre)

COORDONNÉES DU TIERS

Nom

Prénom

Adresse

Code postal Commune

Tél.

E-mail

Titulaire Ticket Course ou licence Carte Neige n°

Délivrée par le club de

Ou autre assurance

Nature des blessures (joindre le certificat médical de constatation des blessures)

Dommages matériels Oui Non

Nom et adresse de sa compagnie d'Assurance Responsabilité civile

N° Police

TÉMOIN

Nom Prénom

Tél. E-mail

Adresse

Code postal Commune

À Le

Signature de l'adhérent