



# DÉCLARATION D'ACCIDENT

LICENCE CARTE NEIGE SAISON 2014/2015

Valable jusqu' au 14/10/2015



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](http://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 ;
  - les originaux de votre forfait remontées mécaniques et/ou cours de ski de plus de 2 jours ;
- les photocopies de vos feuilles de soins avant de les adresser à la Sécurité sociale et à votre mutuelle.

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  hôpital  retour station  
 Êtes-vous assuré(e) social(e) ?  Oui  Non  
 À quelle caisse appartenez-vous ? .....  
 Nom de votre mutuelle ? .....  
 N° contrat .....

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

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