



DÉCLARATION DE SINISTRE

Adhérent concerné par le sinistre

Nom et prénom

Date de naissance/...../.....

Date et heure du sinistre

Lieu

Activité pratiquée au moment du sinistre

sortie

week-end

camp

autre

Circonstances détaillées

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Nom et téléphone des témoins le cas échéant

.....
.....
.....

Le sinistre entraîne des blessures ou soins médicaux

La victime bénéficie-t-elle d'une assurance maladie obligatoire

OUI

NON

La victime bénéficie-t-elle d'une mutuelle complémentaire

OUI (organisme.....)

NON

Certificat médical de constatation des blessures (à joindre obligatoirement)

Nom et adresse du médecin

.....
.....

Éventuellement, lieu d'hospitalisation

.....
.....



.....
.....
 Le sinistre cause des dommages matériels

Evaluation des dégats

.....
.....
.....
.....
.....

Nom et adresse du tiers victime

.....
.....
.....
.....

Nom de l'assurance du tiers

Y a t'il eu un procès verbal de police ou gendarmerie (si oui, le joindre à la déclaration)

OUI NON

DÉCLARANT

Nom et prénom

Groupe local

Fait à le

Signature

IMPORTANT : Cette déclaration doit être envoyée dans un délai de 5 jours à votre responsabilité civile et à **assurance@edln.org**. Parallèlement, la famille envoie les feuilles de soins et ordonnances à la Sécurité Sociale ou autre Caisse Maladie, ainsi qu'à leur mutuelle le cas échéant. En aucun cas, vous ne devez prendre position sur les responsabilités.