

DECLARATION DE SINISTRE

Impact
multi sports

1. VOUS AVEZ BESOIN D'ASSISTANCE :

En cas d'urgence, il est impératif de contacter les services de secours primaires locaux pour tous problèmes relevant de leurs compétences.

Afin de nous permettre d'intervenir, nous vous recommandons de préparer votre appel.

Nous vous demanderons les informations suivantes :

- vos nom(s) et prénom(s),
- l'endroit précis où vous vous trouvez, l'adresse et le numéro de téléphone où l'on peut vous joindre,
- votre numéro de contrat : **7.906.083**

Vous devez nous appeler sans attendre au :

De l'étranger :

Tél : 00 33 4 37 28 83 49

Fax : 00 33 1 46 43 50 26

De France :

Tél : 04 37 28 83 49

Fax : 01 46 43 50 26

- obtenir notre accord préalable avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense,
- vous conformer aux solutions que nous préconisons,
- nous fournir tous les éléments relatifs au contrat souscrit,
- nous fournir tous les justificatifs originaux des dépenses dont le remboursement est demandé.

Nous nous réservons le droit de demander tous les justificatifs nécessaires (certificat de décès, justificatif de domicile, certificat de vie maritale, justificatif de dépenses, etc.) appuyant toute demande d'assistance.

POUR LA TRANSMISSION DE MESSAGES URGENTS (DEPUIS L'ÉTRANGER UNIQUEMENT) :

La Compagnie se charge de transmettre vos messages si vous êtes dans l'impossibilité de contacter une personne dans votre pays de domicile. Les messages sont transmis sous la seule responsabilité de leur auteur qui doit être identifié.

Impact multisport, un produit d'assurance et d'assistance proposé par :



GRUPE BURRUS

DIOT
Montagne

Résidence le Grand Cœur - Bat B
298 Av du Maréchal Leclerc - BP23
73704 Bourg st Maurice CEDEX
Tél : 04 79 07 05 88
Fax : 04 79 07 27 01

GBC MONTAGNE : SAS au capital de 2 800 000 euros. RCS. Chambé 8328054444. N° TVA FR51832805444. n° Orias : 17007353 www.orias.fr. Sous contrôle de l'ACPR - Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 61 Rue Taitbout 75436 Paris Cedex 09. Assurance de Responsabilité Civile Professionnelle Garantie Financière conformes au Code des Assurances.

Service réclamation : reclamations@gbc-mountain.com. Médiation (seulement échec de la réclamation) : La Médiation de l'Assurance, Pole CSCA, TSA 50110, 754-Paris Cedex 09 ou le.mediateur@mediation-assurance.org. Notre cabinet de courta exerce ses activités selon les dispositions prévues à l'article L520-1-II-b du Code d'Assurances.

MAPFRE ASSISTANCE

L'EUROPÉENNE
d'assurances voyages

31-33 rue de la Baume
75008 PARIS
Tél : 01 46 43 64 64
Fax : 01 55 69 39 76

MAPFRE ASISTENCIA - sous la marque commerciale de "**MAPFRE ASSISTANCE, L'EUROPEENNE D'ASSURANCES VOYAGES**" - assistant et assureur du risque. **MAPFRE ASISTENCIA** Compania Internacional de Seguros y Reaseguros, société anonyme d'assurance de droit espagnol, au capital de 108.175.523,12 euros, dont le siège social est sis Carretera de Pozuelo n°52 Majadahonda - Madrid 28222, Espagne, soumise dans le cadre de son activité, au contrôle des autorités espagnoles Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, Paseo de la Castellana, 44. 28046 Madrid, agissant pour les besoins de la présente convention par l'intermédiaire de sa succursale française dont le siège social est sis LE QUATUOR Bâtiment 4D - 16 avenue Tony GARNIER ZAC GERLAND 69007 LYON, France, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Lyon sous le numéro 413 423 682, et par l'intermédiaire de son établissement secondaire, sis 31-33 Rue de la BAUME 75008 PARIS, SIRET 413 423 682 00066, Entreprise régie par le Code des Assurances.

2. VOUS SOUHAITEZ DÉCLARER UN SINISTRE COUVERT AU TITRE DE LA GARANTIE D'ASSURANCE :

Dans les 5 jours ouvrés, à partir du moment où vous avez connaissance du sinistre, vous ou toute personne agissant en votre nom, devez compléter et signer la déclaration de sinistre jointe aux présentes Dispositions Générales et l'adresser à :

Sur le site internet :

www.mapfre-assistance.fr

Par email :

sinistres@mapfre.com

Par courrier :

**MAPFRE ASSISTANCE
L'Européenne d'Assurances Voyages
31-33 Rue de la Baume
75008 PARIS**

NOM, Prénom :

Date de naissance :// Féminin Masculin

Adresse :
.....

Code postal : Ville :

Pays :

Tel :

E-mail :

Nom et adresse de votre régime obligatoire :

.....
.....

Avez-vous une complémentaire médicale ? oui non

Si oui, nom et adresse de celle-ci :

.....
.....

Nature du sinistre :

Remboursement de frais médicaux en complément de vos organismes de santé (Sécurité sociale, mutuelle...)

Remboursement de frais de location de matériel de sports

Responsabilité Civile sports et loisir

Remboursement d'abonnement sportif

Individuelle accident (décès – invalidité permanente)

Date de l'événement :// Heure :

Lieu de l'événement :

.....
.....

Circonstances de l'événement :

.....
.....

Avez-vous été secouru(e) ? oui non

Par quel moyen ?

Avez-vous été transporté(e) vers un centre médical ? oui non

Si oui, lequel ?

Par quel moyen ? (taxi, ambulance, autre)

Fait à :, Le :

Signature

N'oubliez pas de joindre à votre déclaration tous les justificatifs originaux en votre possession pour un traitement rapide de votre demande.