



L'assurance des sportifs Européens dans le monde entier

BULLETIN DE SOUSCRIPTION AU CONTRAT
n° 7 906 083

CARTE IMPACT MULTISPORTS



A retourner à:
APLP
La **PLAGNE CENTRE** – BP27
73214 AIME CEDEX

Tél : 33 (0)04.79.08.62.07
Courriel : contact@aplp.fr

un produit proposé par :



Sas au capital de 40 000 €
régie par le Code des Assurances
393 688 502 RCS Albertville

Résidence le Grand Coeur - 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

N°ORIAS : 07 022 5010 – www.orias.fr



S.A au capital de 108 175 523,12€
Régie par le Code des Assurances
RCS Lyon 413 423 682
31-33 rue de la Baume
75008 PARIS
Tél : 01.46.43.64.64
Fax : 01.46.43.50.20

DECLARATION DE SINISTRE



NOM, prénom :
Date de naissance : Sexe : ☐ M ☐ F
Adresse :
Code postal : Ville :
Pays : Tél :
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
- ☐ Remboursement de frais de location de matériels de sports
- ☐ Responsabilité Civile sports et loisir
- ☐ Remboursement d'abonnement sportif
- ☐ Individuelle accident (décès – invalidité permanente)

Date de l'évènement : Heure :
Lieu de l'évènement :

Circonstances de l'évènement :

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 ?

Fait à : Signature
Le :

Un produit proposé par :



Formule individuelle

Carte sportive APLP¹ 51€

Formule famille

Carte sportive APLP¹ 112€

1 : Ajouter 7,5€ par carte sportive – Tarif valide jusqu'au 31/03/2016

Document non contractuel, extrait des Conditions Générales et particulières du contrat n° 7 906 083. Conditions complètes disponibles sur simple demande ou sur www.impact-multisports.com

TABLEAU DES MONTANTS DES GARANTIES	
PRESTATIONS D'ASSISTANCE	MONTANTS TTC PAR PERSONNE
ASSISTANCE AUX PERSONNES EN CAS DE MALADIE OU BLESSURE	
- Transport : Rapatriement	Frais réels
- Retour d'un accompagnant assuré	Billet retour
- Présence hospitalisation	Billet AR 150€ par nuit (maximum 10 nuits)
- Accompagnement des enfants	Billet AR ou hôtesse
- Chauffeur de remplacement	Billet ou chauffeur
- Retour anticipé en cas d'hospitalisation d'un membre de la famille	Billet Retour
FRAIS MEDICAUX	
- Remboursement complémentaire des frais médicaux à l'étranger	10 000€
- Urgences dentaires	300 €
- Franchise des frais médicaux	50 €
- Avance sur frais d'hospitalisation à l'étranger	10 000 €
FRAIS DE RECHERCHE ET DE SECOURS	
- Recherche et secours	20 000 €
ASSISTANCE EN CAS DE DECES	
- Transport de corps	Frais réels
- Frais de cercueil ou d'urne	800 €
- Retour des membres de la famille ou d'un accompagnant assurés	Billet retour
- Retour anticipé en cas de décès d'un membre de la famille	Billet retour
ASSURANCE VOYAGE	
- Assistance en cas de sinistre au domicile	
- Retour	Billet retour
- Avance caution pénale à l'étranger	15 000 €
- Prise en charge des Honoraires d'avocats à l'étranger	3 500 €
- Transmission de messages urgents	Frais réels
- Envoi de médicaments sur place	Frais d'envoi
GARANTIES D'ASSURANCE	
REMBOURSEMENT DE FRAIS MEDICAUX EN CAS D'ACCIDENT	
- Suite à la pratique d'une activité sportive garantie	3 500 €
- Prise en charge de matériel de rééducation	150 €
REMBOURSEMENT DES FRAIS DE LOCATION SUITE A DOMMAGE AU MATERIEL DE SPORT OU DE LOISIR PERSONNEL	
- Frais de location	300 € / année avec un max de 2 sinistres / an
FRAIS DE RECHERCHE ET SECOURS	
- Secours sur pistes balisées	Frais réels
RESPONSABILITE CIVILE SPORTS ET LOISIRS	
- Dommages corporels	4 500 000 €
- Dommages matériels	45 000 €
Franchise relative dommages matériels	150 €
FRAIS D'INTERRUPTION D'ABONNEMENT SPORTIF	
- Remboursement des prestations non utilisées en cas d'interruption sur avis médical de la pratique d'une activité sportive ou de loisir	Au prorata temporis avec un maximum annuel de 500 €
Franchise relative	50 € par sinistre
INDIVIDUELLE ACCIDENT	
- Capital en cas de décès	5 000 €
- Capital en cas d'invalidité permanente	5 000 €
Franchise relative	10% du taux d'invalidité

En cas d'accident

(remplissez la déclaration au dos)

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 numéro de téléphone : **01 46 43 50 20** (depuis l'étranger le 00 33 146 435 020), télécopie **01 46 43 50 26** (00 33 146 435 026 depuis l'étranger).
- 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.

2. VOUS SOUHAITEZ DECLARER 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 devez compléter et signer la déclaration de sinistre jointe aux présentes Dispositions Générales et l'adresser à :



MAPFRE ASSISTANCE
L'Européenne d'Assurances Voyages
31-33 rue de la Baume
75008 PARIS
sinistres@mapfre.com

Service réclamations : reclamations-diotmontagne@diot.com
N'oubliez pas de joindre à votre déclaration tous les justificatifs originaux en votre possession pour un traitement rapide de votre demande.

Bulletin de souscription

Je soussigné :

M./ Mme NOM : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél : Courriel :

Souhaite souscrire aux garanties :

► Assistance aux personnes	► Interruption d'activité sportive
► Dommages au matériel du sport	► Responsabilité civile vie privée
► individuelle accident	► Frais de soins

Accordées par la Carte Impact Multisports

- ☐ Carte sportive APLP individuelle
☐ Carte sportive APLP famille

Personnes à garantir :

NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	SEXE
1-			
2-			
3-			
4-			
5-			

5 personnes maximum par famille

Fait à : Signature

Le :/...../.....