MSO ANNULATION
FORMULAIRE DE DEMANDE D'INDEMNISATION

à retourner complété à : msoannulation@spb.eu

Numéro d'Adhésion (indiqué sur votre certificat d'adhésion): 1001-000 ☐☐☐☐

RENSEIGNEMENTS D'ORDRE GENERAL

Nom

Prénom (s)

N° de téléphone où l'on peut vous joindre le plus facilement dans la journée

☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐

Adresse

Nom de l'évènement sportif :

Date de l'évènement sportif : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

L'EVENEMENT

Date de survenance : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

☐ ACCIDENT CORPOREL ☐ MALADIE GRAVE ☐ CONTRAINTE PROFESSIONNELLE

☐ AUTRE ☐ EVENEMENT ALEATOIRE

Décrivez le plus précisément possible les circonstances de l'évènement :

ASSURANCES CUMULATIVES

Avez-vous déjà perçu une indemnisation d'un autre assureur pour ce sinistre ? ☐ OUI ☐ NON

Si OUI : Nom de l'assureur

Numéro du contrat d'assurance

Montant de l'indemnité perçue ☐☐☐☐☐ , ☐☐ **CHF**

PIECES JUSTIFICATIVES A JOINDRE

- Vos coordonnées bancaires (n° BIC, n° IBAN et le nom du titulaire du compte) pour le remboursement de votre inscription assurée en cas d'acceptation de votre demande d'annulation
- Une copie de la facture MSO attestant le paiement de l'inscription garantie et le règlement de la prime d'assurance concernant l'inscription garantie.
- Tout document justifiant l'incapacité de participer à l'événement
- Tout document médical ou administratif relatif à la maladie ou à l'accident

Je déclare être informé :

1) **que l'assureur se réserve le droit d'exiger d'autres justificatifs, voire de missionner un expert ou un enquêteur pour apprécier les circonstances du sinistre décrit ci-avant et pour procéder à l'évaluation du montant de l'indemnité ;**
2) **que l'article 441-7 du Code Pénal réprime l'établissement et l'usage d'attestation faisant état de faits matériellement inexacts.**

Je certifie sur l'honneur que les déclarations ci-dessus sont sincères et véritables.

Fait à :

Le ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐