



L'assurance des sportifs européens dans le monde entier

BULLETIN DE SOUSCRIPTION AU CONTRAT
n° 7 906 083

CARTE IMPACT MULTISPORTS



www.aplp.fr

A retourner à :

APLP
PLAGNE CENTRE - BP27
73214 AIME CEDEX

Tél: 33.(0)4.79.08.62.07
Courriel : contact@aplp.fr

DECLARATION DE SINISTRE



Le formulaire de déclaration de sinistre vous sera adressé lorsque votre souscription aura été enregistrée par le cabinet DIOT Montagne de Bourg-Saint-Maurice.

Un produit proposé par :



TARIFS SAISON 2019-2020

Formule individuelle¹	80.00 €
Participation APLP.....	-9.00€
Carte sportive APLP	7,50 €
Total	78,50 €
Formule famille¹	165.00€
Participation APLP.....	-9.00€
Cartes sportives APLP (7,50€/personne)	_____ €
Total	_____ €

¹ Tarif valide jusqu'au 31/03/2020

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

Un produit proposé par :



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

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

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
750008 PARIS
Tél : 04.37.28.83.49
Fax : 01.55.69.39.26

TABLEAU DES MONTANTS DES GARANTIES	
PRESTATIONS D'ASSISTANCE	MONTANT 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 €
• Urgence dentaire	300 €
• Franchise des frais médicaux	50 €
• Avance sur frais d'hospitalisation à l'étranger	10 000 €
FRAIS DE RECHERCHE ET 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 de retour
• Retour anticipé en cas de décès d'un membre de la famille	Billet de retour
ASSURANCE VOYAGE	
• Assistance en cas de sinistre au domicile	
• Retour	Billet de 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 DES FRAIS MEDICAUX EN CAS D'ACCIDENT	
• Suite à la pratique d'une activité sportive garantie	3 500€
• Prise en charge du 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 DE SECOURS	
• Secours sur pistes balisées	Frais réels
RESPONSABILITE CIVILE SPORTS ET LOISIRS	
• Dommages corporels	4 500 000 €
• Dommages matériels	45 000 €
Franchise relatives 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 d'invalidité permanente	5 000 €
Franchise relative	10% du taux d'invalidité

En cas d'accident

(Remplissez le formulaire de déclaration de sinistre qui vous a été adressé à la suite de votre souscription)

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 de MAPFRE Assistance inscrit au dos de votre carte sportive et sur le formulaire de déclaration de sinistre qui vous sera adressé lors de votre souscription.
- Obtenir notre accord préalable avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense.
- Vous conformer aux solutions que nous préconisons.
- Nous fournir 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 la déclaration de sinistre qui vous sera adressée à la suite de votre souscription 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
➤ Dommage 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 : / /