



Avis de déclaration de sinistre corporel ou matériel

À adresser dans les 5 jours suivant l'accident à
MAIF : declaration@maif.fr
sociétaire n° 3 839 282 P

A Structure n° d'affiliation

Nom (ou titre pour les associations)

Téléphone

Domicilié(e)

B Victime

Nom Prénom

Si mineur(e), nom et prénom du représentant légal

Date de naissance Profession

Domicilié(e)

Téléphone

Email

- Affiliation à la Sécurité sociale : oui non N° Sécurité sociale

- Régime complémentaire : oui non Autre régime

- Autre assurance (ex. : assurance élèves...) oui non Dénomination N° du contrat

Avez-vous fait intervenir ces organismes : oui non Si oui, lesquels ?

- Nature de l'activité à l'occasion de laquelle s'est produit l'accident

- Situation du blessé vis-à-vis de la collectivité (ex. : salarié, bénévole, adhérent)

• S'il est adhérent, à quel titre ? licence titre de participation

Joindre obligatoirement la photocopie de la licence, sauf titres de participation dont la souscription doit être confirmée par le club à la déclaration.

• Numéro de licence :

• Avez-vous souscrit une option complémentaire individuelle accident : oui non

C Circonstances du sinistre

Date Heure Lieu dépt. n°

• Le sinistre a eu lieu lors d'un(e) : entraînement compétition

• Activité pratiquée au moment de l'accident :

• Nature des dommages que vous avez subis : corporels matériels

• Nom et adresse des témoins

Constat de police oui non ou de gendarmerie oui non Commissariat ou brigade de

D Protection des données

(Loi n° 78-17 Informatique et libertés du 6 janvier 1978) et secret professionnel/médical

Par la signature du présent document :

- je reconnais avoir été informé(e) que les données à caractère personnel recueillies par ce document sont obligatoires pour permettre à la MAIF la prise en compte et le suivi de ma demande,
- j'autorise MAIF, dans le respect du secret professionnel, à communiquer aux seules personnes concernées par la gestion de ce dossier corporel, les informations à caractère médical me concernant,
- si l'indemnisation de mes dommages corporels nécessite une ou plusieurs expertises médicales, j'autorise le(s) médecin(s) expert(s) à transmettre un exemplaire de son(s) ou leur(s) rapport(s) au gestionnaire habilité par MAIF, dans le strict respect des règles du secret professionnel.

Ces données seront transmises pour les besoins de mon indemnisation aux seuls assureurs et organismes concernés par le règlement de l'accident.

Conformément à la loi, je dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et de suppression que je peux exercer à tout moment en contactant le délégué à la protection des données du groupe MAIF - CS 90000 - 79038 Niort cedex 9 ou vosdonnees@maif.fr

Nom, prénom du signataire..... Qualité.....

Adresse

Téléphone..... le Signature

E Certificat médical initial

(À faire remplir par le premier médecin qui a examiné le blessé ou, à défaut, joindre copie du certificat médical descriptif déjà délivré)

Je soussigné, docteur en médecine, déclare avoir examiné le blessé, le (date)..... J'ai constaté :

• Siège et nature de la blessure.....
.....
.....

• Conséquences probables de l'accident :

- les blessures entraînent-elles une incapacité de travail (ou une interruption de l'activité) ? oui non
- si oui, durée probable de la période d'incapacité ou d'interruption :
- durée probable des soins :
- durée d'hospitalisation prévue :
- probabilité d'une incapacité permanente oui non

Nom et adresse du médecin
(si possible cachet)

À, le.....
Signature

F Autres dommages subis par l'assuré (matériels)

.....
.....

G Un tiers est-il en cause ? oui non ?

Auteur Victime S'il est adhérent de la FFH, joindre la copie de la licence.

Nom..... Prénom..... Profession.....

Adresse

Assureur : Compagnie..... Police n°..... Agence.....

• Propriétaire ou conducteur d'un véhicule à moteur

Marque..... Type..... Immatriculation.....

• Cycliste Piéton Propriétaire d'animal Lequel ?

• Autre cas Lequel ?

H Dommages éventuellement subis par le tiers

Dommages matériels

Dommages corporels

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

I Autres particularités (ou suite des circonstances de l'accident)

.....
.....

À, le..... Qualité du signataire.....

Signature