



Avis de déclaration de sinistre corporel ou matériel

À adresser dans les 5 jours suivant l'accident
à MAIF : declaration@maif.fr et à fftt@fftt.email
sociétaire n° 4 314 143 R

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 la garantie individuelle accident de base avec votre licence : oui non

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

• Si oui, option : Bronze Argent Or

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(ses) 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 auprès du Secrétariat général MAIF, CS 90000, 79038 Niort cedex 9 ou sec-general@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 FFTT, 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