



# Avis de déclaration de sinistre corporel ou matériel

À adresser dans les 5 jours suivant l'accident à  
MAIF : [declaration@maif.fr](mailto: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(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 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