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 ☐

Joindre obligatoirement la photocopie de la licence.

• Numéro de licence :

• 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

TSVP

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