



Déclaration de dommage corporel subi par une personne assurée

Membres affiliés (clubs) ligues et comités

À adresser à la Fédération française du sport adapté
Service licence – licence@sportadapte.fr
sociétaire n° 4 229 349 R

A Structure n° de structure

Nom (ou titre pour les associations)

Téléphone

Domicilié(e)

en cochant cette case, je déclare avoir inscrit la manifestation au calendrier en ligne

B Blessé

Nom Prénom

Date de naissance Profession

Domicilié(e)

Téléphone (9 h - 17 h)

– 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 ?

• Si le sociétaire est une personne physique : lien de parenté du blessé avec le sociétaire

• Si le sociétaire est une personne morale, association ou groupement :

– La garantie MAIF des Risques autres que véhicules à moteur (Raqvam)
a-t-elle été souscrite à titre personnel par le blessé ou ses parents ? oui non
Si oui, sous quel numéro de sociétaire ?

– 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, interne/externe...)

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

Joindre obligatoirement la photocopie de cette carte à la déclaration.

• Numéro de licence : RC Option B1 Option B2 Option B3 Sportif HN

C Circonstances du sinistre

Date Heure Lieu dépt. n°

.....

.....

.....

• 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(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 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 :

- Sièges 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 Tiers

Auteur Victime S'il est adhérent de la FFSA, 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