



ASSOCIATIONS & COLLECTIVITÉS

assureur militant



Déclaration de dommage corporel subi par une personne assurée

Membres affiliés (clubs) et comités

À adresser à la MAIF (MAIF - Déclaration sinistre - 200 avenue Salvador Allende - CS 90000 - 79038 Niort Cedex 9)

sociétaire n° 2 225 346 N

Référence MAIF

Référence sociétaire
(le cas échéant)

A

Structure

n° de structure

Nom (ou titre pour les associations)

Téléphone (9 h - 17 h)

Domicilié(e)

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 : MGEN

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 , Filia-MAIF des Risques Autres Que Véhicules A 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

titre temporaire

Joindre obligatoirement la photocopie de cette carte à la déclaration, sauf titres temporaires dont la souscription doit être confirmée par le club.

• S'il est adhérent au titre de la licence permanente, a-t-il souscrit l'option I. A. Sport+ ?

oui non

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

5426 FFCK
10/2015

D

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

E

Autres dommages subis par l'assuré (matériels)

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

F

Tiers

Auteur Victime S'il est adhérent de la FFCK, à quel titre ? licence permanente titre temporaire

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 ?

G

Dommages éventuellement subis par le tiers

| | |
|--------------------|--------------------|
| Dommages matériels | Dommages corporels |
| | |
| | |
| | |
| | |

H

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

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

À le

Qualité du signataire

Signature