



## DECLARATION DE SINISTRE LICENCIÉS

Le présent formulaire de déclaration d'accident est à remplir par le licencié victime et à adresser dans les 5 jours ouvrés à : [declaration@maif.fr](mailto:declaration@maif.fr)

**N°DE SOCIETAIRE :** .....

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE LICENCIÉ ASSURÉ

Nom, Prénom de la victime.....

Si mineur(e) nom et prénom du représentant légal .....

Adresse .....

Code postal .....

Lieu .....

@ : ..... Tél.....

Date de naissance : ...../...../..... Sexe :  Féminin  Masculin

N° de licence Fédérale : ..... (Joindre une copie)

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 1  Option 2

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT

Date de l'accident : ..... Heure : .....

Lieu : ..... Code Postal : .....

Le sinistre a eu lieu lors :  Entraînement  Compétition  Pratique Libre

Activité pratiquée au moment de l'accident : .....

Nature des dommages que vous avez subis :  Corporels  Matériels

Une tierce personne est-elle impliquée dans l'accident ? :  Tiers auteur  Tiers victime  Non

Si oui, coordonnées de la personne impliquée et de son assureur : .....

Précisez les causes et circonstances détaillées (réponse obligatoire) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES DOMMAGES CORPORELS**  
**(à remplir obligatoirement)**

Portiez-vous des protections ?  Oui  Non

Indiquez les protections que vous portiez : .....

Description des lésions : .....

.....

Les blessures ont-elles donné lieu à un arrêt de travail ou à une interruption d'activité ?  Oui  Non

**Fournir obligatoirement le certificat médical constatant les dommages corporels (CMI)**

**Organisme de Sécurité sociale**

Nom : .....

Adresse : .....

Lieu ..... Code postal.....

@ : ..... Tél.....

N° d'immatriculation de l'assuré : .....

**Organisme complémentaire (Mutuelle)**

Nom : .....

Adresse: .....

Lieu ..... Code postal.....

@ : ..... Tél.....

N° d'affiliation ou de contrat : .....

Avez-vous déclaré le sinistre à un autre assureur ?  Oui  Non

Si oui, Numéro de police.....

Coordonnées Assureur.....

Téléphone :.....

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES DOMMAGES MATÉRIELS**

Description des dégâts : .....

.....

.....

Joindre :

- les factures d'achat ou documents estimatifs établis par un réparateur justifiant la valeur et la date d'achat des équipements endommagés
- le devis des réparations (ne pas faire réparer sans l'accord de l'assureur. A défaut, l'assureur pourra émettre des réserves quant au règlement du sinistre, voire refuser la prise en charge



## 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](mailto:sec-general@maif.fr).**

Nom, prénom du signataire.....

Qualité.....

Adresse.....

Téléphone \_ \_ \_ \_ \_

Signature

Fait à ..... le .....

Signature de la victime ou de son représentant (à préciser)