



Déclaration de sinistre à adresser à :

Groupe MAIF - Gestion des courriers sociétaires
79018 Niort cedex 9, ou par mail : declaration@maif.fr

Sociétaire

2 124 996 D
Fédération française d'éducation physique
et de gymnastique volontaire (FFEPGV)
46 rue de Lagny - 93100 Montreuil

N° de référence attribué au sinistre

L'accusé de réception de la déclaration de sinistre
doit être adressé à la section affiliée concernée
et non à la FFEPGV

Section affiliée

N°

Désignation

Adresse

Commune

Code postal Téléphone

Bénéficiaire des garanties : Auteur Victime

Nom Prénom Date de naissance

Profession Adresse

N° licence FFEPGV ou invité bénévole

Si le bénéficiaire est licencié FFEPGV, a-t-il souscrit l'option I.A. Sport+ ? Oui Non

Autre assurance (ex. : assurance multirisque vie privée, autre licence assurance...) N° du contrat

Déclaration faite à cet organisme Oui Non

Nature de l'activité pratiquée par le licencié lors de l'accident

En cas de blessures, remplir les rubriques ci-dessous :

Affiliation à la Sécurité sociale Oui Non

N° Sécurité sociale

Régime complémentaire Oui Non

Circonstances du sinistre (à remplir dans tous les cas)

Date à h Lieu Dépt.

Nom et adresse des témoins :

Constat de police Oui Non ou de gendarmerie Oui Non Commissariat ou brigade de

À, le

Signature Qualité du signataire

Suite au verso

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 la 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 la 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 Secrétaire général de la MAIF, CS 90000, 79038 Niort cedex 9 ou sec-general@maif.fr.**

Nom, prénom du signataire Qualité

Adresse

Téléphone le Signature

CERTIFICAT MÉDICAL INITIAL

(à faire remplir par le premier docteur qui a examiné le blessé ou, à défaut, joindre la copie du certificat médical descriptif déjà délivré)

Je soussigné, docteur en médecine, déclare avoir examiné le blessé ci-dessus, le [] [] [] [] [] [] [] [].

J'ai constaté :

a) Siège et nature de la blessure

.....

.....

b) 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

Si l'accident met en cause un tiers, compléter les rubriques spécifiques ci-dessous

Tiers : Auteur Oui Non Victime Oui Non

M., Mme, Mlle	Propriétaire du véhicule <input type="checkbox"/>	Piéton <input type="checkbox"/>
Prénom	Marque	Propriétaire d'animal <input type="checkbox"/>
Profession	Type	Lequel ?
Domicile	N° d'immatriculation	Autre cas <input type="checkbox"/>
.....	Cycliste cycle (sans moteur) <input type="checkbox"/>	Lequel ?
.....

Assureur : Cie Police n° Agence

Domages éventuellement subis par le tiers

DOMMAGES MATÉRIELS
(préciser la nature et l'importance des dégâts apparents)

.....
.....

DOMMAGES CORPORELS
(préciser la nature et la gravité des blessures)

.....
.....

Domages matériels causés par le tiers

.....

.....

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

.....

.....

À Qualité du signataire

le Signature