



Avis de déclaration de sinistre corporel ou matériel

À adresser dans les 5 jours suivant l'accident à
MAIF : declaration@maif.fr
sociétaire n° 3 839 282 P

A	Structure	n° d'affiliation
Nom (ou titre pour les associations)		
Téléphone		
Domicilié(e)		

B	Victime
Si déclaration faite par une structure affiliée joindre obligatoirement l'attestation d'affiliation	
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 ☐ titre de participation ☐	
Joindre obligatoirement la photocopie de la licence, sauf titres de participation dont la souscription doit être confirmée par le club à la déclaration.	
• Numéro de licence :	
• Avez-vous souscrit une option complémentaire individuelle accident : oui ☐ non ☐	

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

Décla corpo FFH
06/2023

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 FFH, 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.....