



ASSOCIATIONS & COLLECTIVITÉS

assureur militant



# 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@ffsa.asso.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 : 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

**Joindre obligatoirement la photocopie de cette carte à la déclaration.**

• Numéro de licence :..... RC  Option B1  Option B2  Option B3

## 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 .....

# 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 ou à Filia-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(ses) 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 Secrétariat général de la 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

## Tiers

Auteur  Victime

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