Déclaration de sinistre corporel et/ou matériel

Formulaire à remplir et à adresser à MAIF, soit par :
email : declaration@maif.fr
courrier postal : Groupe MAIF
Gestion des courriers sociétaires - 79018 Niort cedex 9

Sociétaire

N° de sociétaire : 1 423 574 R
Souscripteur : Fédération française de course d'orientation (FFCO) - 15 passage des Mauxins - 75019 Paris

Identification de la structure affiliée

Nom .....

Adresse .....

.....

Téléphone |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Email .....

Bénéficiaire des garanties : auteur ☐ victime ☐

Nom ..... Prénom ..... Date de naissance .....

Profession ..... Adresse .....

Téléphone |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Email .....

N° licence FFCO* |_|_|_|_|_|_|_|_| ou titre de participation* ☐ ou bénévole ☐

** Joindre obligatoirement une copie de la licence ou du titre de participation*

Si le bénéficiaire est licencié FFCO, a-t-il souscrit l'option I. A. Sport + ? OUI* ☐ NON ☐

** Déclaration à enregistrer sous le n° : 4 273 606 J*

Autre assurance (ex. : assurance multirisques 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 |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Affiliation à un autre régime OUI ☐ NON ☐ Nom et adresse .....

Régime complémentaire OUI ☐ NON ☐ Nom et adresse .....

N° d'affiliation .....

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 .....

Suite au verso

5426 FFCO
11/2020

CERTIFICAT MÉDICAL INITIAL (à faire remplir par le premier docteur 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 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 .....
(rayer les mentions inutiles)

Prénom .....

Profession .....

Domicile .....

.....

Propriétaire du véhicule ☐

Marque .....

Type .....

N° d'immatriculation

Cycliste *cycle (sans moteur)* ☐

.....

Piéton ☐

Propriétaire d'animal ☐

Lequel ? .....

Autre cas ☐

Lequel ? .....

.....

Assureur : Cie .....

Police n° .....

Agence .....

Dommages 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)

.....

.....

.....

.....

.....

Dommages matériels causés par le tiers

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

En cas d'assistance, téléphonez à MAIF Assistance : **05 49 34 88 27** (si vous êtes à l'étranger : **+ 33 5 49 34 88 27**)

Fait à ..... le .....

Signature du déclarant

Nom, prénom .....

Qualité .....

Cachet de la structure affiliée (si le déclarant signataire est la victime ou l'auteur de l'événement, le cachet devra être suivi de la signature, des nom et prénom du représentant de la structure

Deux accusés de réception seront envoyés : un exemplaire à la structure affiliée et un exemplaire à l'assuré.

papiers
Avec Ecofolio, tous les papiers se recyclent.