



DECLARATION DE SINISTRE LICENCIES, CLUBS ET ORGANISATEURS - N°4464742K

Pour plus de rapidité & simplicité, nous vous recommandons de faire votre déclaration en ligne :
Par mail : declaration@maif.fr ou par téléphone 09 78 97 98 99 en rappelant le n° de sociétaire
4 464 742k.

**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

N°DE SOCIETAIRE : 4464742 K

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE LICENCIE ASSURE

Nom, Prénom de la victime.....

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

Adresse :

Code postal Ville.....

@ : Tél.....

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

N° de licence Fédérale : (Joindre une copie)

Quelle formule d'assurance avez-vous souscrite :

Formule 1 Formule 2 Formule 3 licence action

Avez-vous souscrit une option complémentaire individuelle accident : Oui Non

Si oui : Option 1 Option 2

Joindre impérativement l'attestation délivrée lors de la souscription.

Avez-vous souscrit une option complémentaire Dommages aux vélos des licenciés : Oui Non

Si oui : Option A Option B Option C

Joindre impérativement l'attestation délivrée lors de la souscription.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT

Date de l'accident :

Heure :

Ville :

Code Postal :

Le sinistre a eu lieu lors : Entraînement club Compétition Pratique Libre Autres

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

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 :

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

Description des Lésions :

L'assuré a-t-il un arrêt de travail ? Oui Non

Organisme de Sécurité sociale

Nom :

Adresse :

N° d'immatriculation de l'assuré :

Organisme complémentaire (Mutuelle)

Nom :

Adresse:

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 MATERIELS

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 DONNEES

(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.....

Fait à
le

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