## 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](mailto: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**](mailto: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 obligatoirement 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  Option D

**Joindre impérativement l’attestation délivrée lors de la souscription.**

Etes-vous un athlète de haut niveau ?  :  Oui  Non

Si oui, êtes-vous ? :

Un Athlète de haut niveau espoir

Un athlète de haut niveau d’une autre catégorie

Préciser la catégorie : ...............................................................................................................

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L’ACCIDENT**

Date de l’accident : ...................................

Heure : .................

Ville : ..............................................................

Code Postal : ...................

Le sinistre a eu lieu lors :  Entrainement 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**](mailto:sec-general@maif.fr)**.**

Nom, prénom du signataire. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Qualité. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Adresse. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Téléphone. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Fait à …………………………………….……………….……………….……………

le ………………………………………………..……………….………………

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

## DECLARATION DE SINISTRE DOMMAGES AUX BIENS - N°4464742K

**Le présent formulaire de déclaration d’accident est à remplir par la structure concernée  
et à adresser dans les 5 jours ouvrés à :**

[**declaration@maif.fr**](mailto:declaration@maif.fr)

## N°DE SOCIETAIRE : 4464742K

**RENSEIGNEMENTS SUR LA STRUCTURE CONCERNEE**

Nom de la structure : ............................................................................................................................................

Numéro d’affiliation : ............................................................................................................................................

Adresse : .....................................................................................................................................................................................

Code postal .........................................

Ville............................................................................................................

Personne à contacter : ............................................................................................................

Nom et prénom :

@ : ……………………………………………………………………………………Tél...........................................................…….

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L’ACCIDENT**

Date de l’accident : .................................... Heure : .................

Adresse du lieu concerné : ......................................................................................................................................................................................

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Nature de l’occupation :  temporaire  permanent

Si occupation temporaire – durée de l’occupation en jours :

Qualité de l’occupant :  propriétaire  locataire ou occupant à titre gratuit

Nature des Dommages que vous avez subis :  Vol  Dégâts Des Eaux  Incendie

Dommages matériels  Evènement Climatique  Autre

Une tierce personne est-elle impliquée dans l’accident ? :  Oui  Non

Si oui coordonnées de la personne impliquée et de son assureur : ……………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Avez-vous déclaré le sinistre à un autre assureur ? Oui Non

Si oui, Numéro de police………………………………………………………………………………………………………………………………..

Coordonnées Assureur…………………………………………………………………………………………………………………………………..

Téléphone :…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Précisez les causes et circonstances détaillées (réponse obligatoire) :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES DOMMAGES MATERIELS**

Description des dégâts : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Joindre :

* Le constat amiable en cas de dégâts des eaux ;
* Une copie du Bail en cas de dommages immobiliers et/ou de dégâts des eaux ;
* 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).

Fait à ……………………………………. le ………………………………………………..

Signature de la victime ou de son représentant

(à préciser)