



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 postalVille.....

@ : 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 :

Digitized by srujanika@gmail.com

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 :



GUIDE Contrat assurance Multirisques FFTRI



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)



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

N°DE SOCIETAIRE : 4464742K

RENSEIGNEMENTS SUR LA STRUCTURE CONCERNÉE

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)