



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)	<input type="text"/>	
Téléphone	<input type="text"/>	
Domicilié(e)	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> en cochant cette case, je déclare avoir inscrit la manifestation au calendrier en ligne		

B	Blessé
Nom	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/>
Profession
Domicilié(e)	<input type="text"/>
Téléphone (9 h - 17 h)	<input type="text"/>
- Affiliation à la Sécurité sociale :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> N° Sécurité sociale <input type="text"/>
- Régime complémentaire : MGEN	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Autre régime.....
- Autre assurance (ex. : assurance élèves...)	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Dénomination..... N° du contrat.....
Avez-vous fait intervenir ces organismes :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui, lesquels ?
<p>• Si le sociétaire est une personne physique : lien de parenté du blessé avec le sociétaire.....</p> <p>• Si le sociétaire est une personne morale, association ou groupement :</p> <p>- La garantie MAIF <input type="checkbox"/>, Filia-MAIF <input type="checkbox"/> des Risques Autres Que Véhicules A Moteur (Raqvam) a-t-elle été souscrite à titre personnel par le blessé ou ses parents ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui, sous quel numéro de sociétaire ? <input type="text"/></p>	
- 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 <input type="checkbox"/>	
Joindre obligatoirement la photocopie de cette carte à la déclaration.	
• Numéro de licence :..... RC <input type="checkbox"/> Option B1 <input type="checkbox"/> Option B2 <input type="checkbox"/> Option B3 <input type="checkbox"/>	

C	Circonstances du sinistre
Date	<input type="text"/>
Heure	<input type="text"/>
Lieu dépt. n°.....
.....	
.....	
• Nom et adresse des témoins.....	
.....	
Constat de police oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ou de gendarmerie oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Commissariat ou brigade de	

TSVP

Décla corpo FFSA
07/2018

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