



# 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@sportadapte.fr  
sociétaire n° 4 229 349 R

### A Structure n° de structure

Nom  
(ou titre pour les associations)

Téléphone

Domicilié(e)

en cochant cette case, je déclare avoir inscrit la manifestation au calendrier en ligne

### B Blessé

Nom  Prénom

Date de naissance  Profession .....

Domicilié(e)   
 Téléphone (9 h - 17 h)

- Affiliation à la Sécurité sociale : oui  non  N° Sécurité sociale

- Régime complémentaire : oui  non  Autre régime .....

- Autre assurance (ex. : assurance élèves...) oui  non  Dénomination ..... N° du contrat .....

Avez-vous fait intervenir ces organismes : oui  non  Si oui, lesquels ? .....

• Si le sociétaire est une personne physique : lien de parenté du blessé avec le sociétaire .....

• Si le sociétaire est une personne morale, association ou groupement :

- La garantie MAIF des Risques autres que véhicules à moteur (Raqvam)

a-t-elle été souscrite à titre personnel par le blessé ou ses parents ? oui  non

Si oui, sous quel numéro de sociétaire ?

- 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

**Joindre obligatoirement la photocopie de cette carte à la déclaration.**

• Numéro de licence : ..... RC  Option B1  Option B2  Option B3  Sportif HN

### C Circonstances du sinistre

Date  Heure  Lieu ..... dépt. n° .....

• Nom et adresse des témoins.

Constat de police oui  non  ou de gendarmerie oui  non  Commissariat ou brigade de .....

TSVP

## 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 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(s) 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..... 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 :

• Sièges 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  S'il est adhérent de la FFSA, joindre la copie de la licence.

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.....