



# Avis de déclaration de sinistre corporel ou matériel

À adresser dans les 5 jours suivant l'accident  
à MAIF : [declaration@maif.fr](mailto:declaration@maif.fr) et à [fftt@fftt.email](mailto:fftt@fftt.email)  
**sociétaire n° 4 314 143 R**

## A Structure n° d'affiliation

Nom   
(ou titre pour les associations)

Téléphone

Domicilié(e)

## B Victime

Nom  Prénom

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

Date de naissance  Profession .....

Domicilié(e)

Téléphone

Email

- 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 ? .....

- 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) .....

• S'il est adhérent, à quel titre ? ..... licence

**Joindre obligatoirement la photocopie de la licence.**

• Numéro de licence : .....

• Avez-vous souscrit une option complémentaire individuelle accident : oui  non

Si oui, option    Bronze     Argent     Or

## C Circonstances du sinistre

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

• Le sinistre a eu lieu lors d'un(e) : entraînement  compétition

• Activité pratiquée au moment de l'accident : .....

• Nature des dommages que vous avez subis : corporels  matériels

• Nom et adresse des témoins .....

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

## 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(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 ..... 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 Un tiers est-il en cause ? oui non ?

Auteur  Victime  S'il est adhérent de la FFTT, 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 .....