



SI VOUS AVEZ SUBI DES DOMMAGES CORPORELS

Le présent formulaire de déclaration d'accident est à remplir par le licencié victime et à adresser dans les 5 jours ouvrés à MAIF : Gestion des courriers sociétaires - 79018 NIORT cedex 9

Ou à declaration@maif.fr en rappelant en objet le numéro de contrat 4645606 M

Contrat 4645606M

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE LICENCIÉ ASSURÉ

Nom, Prénom de la victime.....

Si mineur(e) nom et prénom du représentant légal

Adresse

Code postal

Lieu

@ : Tél.....

Date de naissance :/...../..... Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin

N° de licence Fédérale : (Joindre une copie)

Etes-vous un sportif de haut niveau : ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous souscrit une option complémentaire Individuelle Accident : ☐ Oui ☐ Non

Si oui : ☐ Formule 1 ☐ Formule 2 ☐ Formule 3

Avez-vous souscrit l'option Activités de pleine nature : ☐ Oui ☐ Non

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT

Date de l'accident : Heure :

Lieu : Code Postal :

Le sinistre a eu lieu lors : ☐ Enseignement ☐ Entraînement ☐ Compétition ☐ Pratique Libre

Type d'embarcation au moment de l'accident :

.....

Une tierce personne est-elle impliquée dans l'accident ? : ☐ Tiers auteur ☐ Tiers victime ☐ Non

Si oui, coordonnées de la personne impliquée et de son assureur :

.....

Si elle est licenciée FFVOILE, joindre la copie de la licence.

Précisez les causes et circonstances détaillées (réponse obligatoire) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES DOMMAGES CORPORELS

(à remplir obligatoirement)

Description des lésions :

Les blessures ont-elles donné lieu à un arrêt de travail ou à une interruption d'activité ? ☐ Oui ☐ Non

Fournir obligatoirement le certificat médical constatant les dommages corporels établi le jour de l'accident (précisant la date de l'accident, la date de l'examen médical, la nature et le siège des blessures, durée de l'incapacité sportive minimum, durée de l'arrêt de travail s'il y a lieu).

Organisme de Sécurité sociale

Nom :

Adresse :

Lieu Code postal.....

@ : Tél.....

N° d'immatriculation de l'assuré :

Organisme complémentaire (Mutuelle)

Nom :

Adresse:

Lieu Code postal.....

@ : Tél.....

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 :

En cas de bris de lunettes ou de perte de lentilles, joindre la photocopie de la facture d'achat de la paire de lunettes brisée, la photocopie de la facture de remplacement, les originaux des bordereaux de remboursement des organismes sociaux.

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 la prise en compte et le suivi de ma demande par MAIF ou tout autre assureur ou organisme concerné,
- j'autorise MAIF et les sociétés d'assurance concernées, dans le respect du secret professionnel, à collecter et échanger avec les seules sociétés d'assurance ou organismes concernés par la gestion de ce dossier, 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) dans le respect du secret professionnel, à collecter et échanger entre eux, 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), 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 ou tout autre assureur concerné, dans le strict respect des règles du secret professionnel.

Ces données seront transmises pour les besoins de mon indemnisation aux seules sociétés d'assurance ou de réassurance, organismes professionnels, fonds, organismes sociaux, experts, avocats, médecins structures ou partenaires liés par des conventions ainsi que tout tiers concernés par le règlement de mon dossier.

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 vosdonnees@maif.fr

Les données étant recueillies pour permettre la gestion du dossier d'indemnisation, le refus par un assuré ou une victime de fournir les données personnelles nécessaires au traitement de sa demande d'indemnisation ou le retrait du consentement ne permettra pas à l'assureur de donner suite à cette demande.

J'ai pris connaissance des éléments ci-dessus,

Nom, prénom du signataire.....

Qualité (victime, représentant légal, mandataire)

.....

Je demande que les correspondances concernant ce dossier :

me soient adressées

soient adressées à (Nom, prénom, adresse et email si différents de la victime)



Adresse.....
.....

Téléphone _ _ _ _ _

Fait à le

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