



Déclaration de dommages corporels subis par une personne assurée

À adresser à la délégation départementale désignée ci-dessous

declaration@maif.fr

Cachet de la délégation

Référence MAIF

Référence sociétaire
(le cas échéant)

A

Sociétaire

n° 1 8 1 7 6 8 9 K

Nom (ou titre pour les associations)

FEDERATION FRANÇAISE de FLYING DISC

Prénom

3, rue Gustave Eiffel - 78300 POISSY

Domicilié(e)

Tél : 09.53.68.14.83 - www.ff-flyingdisc.fr

SRET : 434 423 943 000 35 - APE 9312Z

_____ Téléphone (9 h - 17 h) _____

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 : MGEN oui non Autre régime _____

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

En cas d'accident sportif : n° de la licence _____ Fédération **Fédération Française de Flying Disc**

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 , Filia-MAIF des Risques Autres Que Véhicules A 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...) **Adhérent** _____

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

306 quarto
11/02

D**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**E****Autres dommages subis par l'assuré (matériels)**.....
.....
.....
.....**F****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 ?**G****Dommages éventuellement subis par le tiers**

Dommages matériels

Dommages corporels

.....
.....
.....
.....**H****Autres particularités (ou suite des circonstances de l'accident)**.....
.....
.....
.....

À le

Qualité du signataire

Signature

-
- Président du club
-
-
- Trésorier du club
-
-
- Secrétaire du club
-
-
- Directeur de Tournoi
-
-
- Staff Equipe de France
-
-
- Commission Médicale FFFD