



Déclaration de sinistre

à adresser à votre comité départemental

Sociétaire

0 902 908 N
2FOPEN
Maison des sports de Touraine
Rue de l'aviation
37210 - Parçay-Mesla

N° de référence attribué au sinistre

L'accusé de réception de la déclaration de sinistre doit être adressé à la section affiliée concernée et non à la 2FOPEN

Section affiliée

N°

Désignation

Adresse

Commune

Code postal Téléphone

Bénéficiaire des garanties :



Auteur



Victime

Nom Prénom Date de naissance

Profession Adresse

N° licence 2FOPEN ou invité bénévole

Si le bénéficiaire est licencié 2FOPEN, a-t-il souscrit l'option I.A. Sport+ ? Oui Non

Autre assurance (ex. : assurance multirisque vie privée, autre licence assurance...) N° du contrat

Déclaration faite à cet organisme Oui Non

Nature de l'activité pratiquée par le licencié lors de l'accident

En cas de blessures, remplir les rubriques ci-dessous :

Affiliation à la Sécurité sociale Oui Non

N° Sécurité sociale

Régime complémentaire Oui Non

Circonstances du sinistre (à remplir dans tous les cas)

Date à h Lieu Dépt.

Nom et adresse des témoins :

Constat de police Oui Non ou de gendarmerie Oui Non Commissariat ou brigade de

À, le

Signature Qualité du signataire

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 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

CERTIFICAT MÉDICAL INITIAL

(à faire remplir par le premier docteur 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 ci-dessus, le [] [] [] [] [] [] [] []

J'ai constaté :

a) Siège et nature de la blessure

NOM ET ADRESSE DU MÉDECIN
(si possible cachet)

b) Conséquences probables de l'accident

- les blessures entraînent-elles une incapacité de travail OUI NON
(ou une interruption de l'activité) ?

- 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

À le

Signature

Si l'accident met en cause un tiers, compléter les rubriques spécifiques ci-dessous

Tiers :	Auteur oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		Victime oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
M., Mme, Mlle (rayer les mentions inutiles)	Propriétaire du véhicule <input type="checkbox"/>		Piéton <input type="checkbox"/>	
	Marque		Propriétaire d'animal <input type="checkbox"/>	
Prénom	Type		Lequel ?	
Profession	N° d'immatriculation		Autre cas <input type="checkbox"/>	
Domicile	Cycliste cycle (sans moteur) <input type="checkbox"/>		Lequel ?	
Assureur : Cie	Police n°		Agence	

Domages éventuellement subis par le tiers

DOMMAGES MATÉRIELS
(préciser la nature et l'importance des dégâts apparents)

DOMMAGES CORPORELS
(préciser la nature et la gravité des blessures)

.....

.....

.....

Domages matériels causés par le tiers

.....

.....

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

.....

.....