MAIF
ASSUREUR MILITANT.

club alpin français
fédération française des clubs alpins et de montagne

Déclaration de sinistre

à adresser à la MAIF - groupe Personnes morales
CS 50550 - 13594 Aix-en-Provence cedex 3
04 42 37 63 73

2 857 150 R
Fédération française des clubs alpins et de montagne
24 avenue de Laumière - 75019 Paris

Référence dossier MAIF .....

Adhérent

Nom ..... Prénom ..... Date de naissance

Profession ..... Adresse .....

.....

Code postal Ville Téléphone

N° de carte FFCAM ***(photocopie obligatoire de la carte d'adhérent)***

Type de garanties souscrites

RC seule ☐ toutes garanties ☐ I.A. sport + : sports aériens ☐ sports terrestres ☐

Affiliation à la Sécurité sociale oui ☐ non ☐ Si oui, n° SS

Régime complémentaire oui ☐ non ☐ Si oui, régime .....

y compris régime complémentaire étranger

Extension « monde entier » oui ☐ non ☐

Autre assurance (ex : assurance élèves, vie privée) oui ☐ non ☐

– dénomination ..... n° de contrat .....

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

Sociétaire Personne physique MAIF oui ☐ non ☐

Si oui : La garantie MAIF ☐, Filia-MAIF ☐ des Risques autres que véhicules à moteur (Raqvam) a-t-elle été souscrite à titre personnel par l'assuré ?

oui ☐ non ☐ sous quel n° de sociétaire ?

Situation du blessé vis-à-vis de l'association (ex : salarié, bénévole, adhérent) .....

Circonstances du sinistre *(à remplir dans tous les cas)*

Date à h Lieu Dépt.

Activité pratiquée à titre individuel ☐ ou encadrée par la FFCAM ☐

Activité pratiquée au moment de l'accident :

Sports aériens : aile volant monoplace ☐ parapente ☐ parapente biplace ☐

Ski : alpin de piste ☐ alpin hors piste ☐ de montagne ☐ de fond ☐

Escalade : en salle ☐ en falaise ☐

Divers : alpinisme ☐ randonnée ☐ raquettes à neige ☐ spéléologie ☐ canyon ☐

vélo de montagne ☐

Autres : préciser .....

Circonstances précises : .....

.....

.....

.....

.....

Nom et adresse des témoins : .....

.....

.....

Constat de police oui ☐ non ☐ ou de gendarmerie oui ☐ non ☐

Commissariat ou brigade de .....

Suite au verso

MAIF
société d'assurance mutuelle à cotisations variables
entreprise régie par le Code des assurances
79038 Niort cedex 9

CERTIFICAT MÉDICAL INITIAL

(à faire remplir par le premier docteur qui a examiné le blessé ou, à défaut, joindre la 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 .....

.....

.....

b) 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

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

Tiers : Auteur Oui ☐ Non ☐ Victime Oui ☐ Non ☐

Nom ..... Prénom .....

Profession .....

Adresse .....

.....

Assureur : Cie ..... Police n° ..... Agence .....

Dommages 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)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

À ....., le .....

Signature Qualité du signataire .....