MAIF

Déclaration à adresser à :
MAIF
Groupe Personnes Morales
79038 NIORT CEDEX 9
Tél. 05.49.73.74.24

CLUB ALPIN FRANÇAIS
24 Avenue de Laumière - 75019 PARIS
N° sociétaire : 2 857150 R

Référence dossier ***CAF*** . . . . . .

Référence dossier ***MAIF*** . . . . . .

Déclaration de sinistre

L'adhérent

Nom . . . . . Prénom . . . . . .

Date de naissance |_|_| |_|_| |_|_|_|_| Profession . . . . . .

Adresse . . . . . .

. . . . . .

Code postal |_|_|_|_|_| Téléphone |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Numéro de carte CAF : _|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_| ***(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° S.S. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

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

y compris régime complémentaire étranger

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 A 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

Date |_|_| |_|_| |_|_|_|_| |_|_| h |_|_| lieu : . . . . . dépt. |_|_| Pays : . . . . . .

Activité pratiquée à titre individuel ☐ Activité encadrée par le CAF ☐ Diplômé CAF oui ☐ non ☐

Activité pratiquée au moment de l'accident : alpinisme ☐ escalade en salle ☐ escalade en falaise ☐ randonnée ☐ raquettes à neige ☐ ski alpin de piste ☐ ski alpin hors piste ☐ ski alpinisme ☐ ski de fond ☐ spéléologie ☐ canyon ☐

parapente ☐ vélo de montagne ☐ Autres : préciser . . . . . .

Avez-vous subi des dommages matériels imputables à un tiers non ☐ oui ☐ . . . . . .

Circonstances précises : . . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

Nom et adresse des témoins : . . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

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

Commissariat ou brigade de . . . . . .

- compléter la suite de l'imprimé au verso -

Certificat médical initial

(à faire remplir par le premier médecin 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 I_I_I I_I_I I_I_I_I_I

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)

A , le I_I_I I_I_I I_I_I_I_I

Signature

Tiers

Auteur ☐ Victime ☐ numéro de carte CAF, si adhérent :

Nom : . . . . . Prénom : . . . . . Profession : . . . . . .

Adresse : . . . . . .

Assureur : compagnie : Police n° : Agence :

Dommages éventuellement subis par le tiers

Dommages matériels Dommages corporels

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

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

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

A . . . . . le . . . . . .

Signature