Déclaration de sinistre

à adresser à MAIF - groupe Personnes morales
TSA 55113 - 79060 Niort cedex 9 - 05 49 73 74 24

club alpin français
fédération française des clubs alpins et de montagne

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 y compris régime complémentaire étranger oui ☐ non ☐ Si oui, régime .....

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. pays

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

Activité pratiquée au moment de l'accident : aile volant monoplace ☐ alpinisme ☐ escalade en salle ☐ escalade en falaise ☐ randonnée ☐ raquettes à neige ☐ ski alpin de piste ☐ ski alpin hors piste ☐ ski de montagne ☐ ski de fond ☐ spéléologie ☐ canyon ☐ parapente ☐ parapente biplace ☐ vélo de montagne ☐ Autres : préciser .....

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

Circonstances précises : .....

.....

.....

.....

.....

Nom et adresse des témoins : .....

.....

.....

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

Commissariat ou brigade de .....

Compléter la suite au verso

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 .....

.....

.....

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 ☐ n° carte FFCAM *Si adhérent*

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