



Déclaration de sinistre à adresser à :

Groupe MAIF - Gestion des courriers sociétaires
79018 Niort cedex 9, par mail : declaration@maif.fr,
ou par téléphone en appelant le 09 78 97 98 99

Sociétaire

2 124 996 D

Fédération Française de Sport Vitalité (FFSV)

46 rue de Lagny - 93100 Montreuil

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 FFSV

Association sportive affiliée

N°

Désignation.....

Adresse.....

Commune.....

Code postal Téléphone

Bénéficiaire des garanties : Auteur ☐ Victime ☐

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

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

N° licence FFSV ou invité ☐ bénévole ☐

Si le bénéficiaire est licencié FFSV, 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

Suite au verso

MAIF

Société d'assurance mutuelle à cotisations variables - CS 90000 - 79038 Niort cedex 9.
Entreprise régie par le Code des assurances et identifiée sous le numéro Siren 775 709 702.

5426 FFSV
05/2026

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 la MAIF la prise en compte et le suivi de ma demande,
- j'autorise la 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 la 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 de la 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 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) Sièges 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** ☐

M., Mme, Mlle	Propriétaire du véhicule ☐	Piéton ☐
Prénom	Marque	Propriétaire d'animal ☐
Profession	Type	Lequel ?
Domicile	N° d'immatriculation	Autre cas ☐
.....	Cycliste cycle (sans moteur) ☐	Lequel ?
.....		
Assureur : Cie	Police n°	Agence

Dommmages 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)

.....
.....
.....

Dommmages matériels causés par le tiers

.....
.....
.....

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

.....
.....
.....

À Qualité du signataire

le Signature