MAIF ASSOCIATIONS & COLLECTIVITÉS
assureur militant

Fédération Française EPGV

# Déclaration de sinistre à adresser à :

Groupe MAIF - Gestion des courriers sociétaires
79018 Niort Cedex 9, ou par mail : declaration@maif.fr
ou téléphone : 09 78 97 98 99
(hors Dom. Appel non surtaxé, coût selon opérateur).

## Sociétaire

**2 124 996 D**
**Fédération française d'éducation physique et de gymnastique volontaire (FFEPGV)**
**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 FFEPGV |

**Section affiliée** **N°** ☐☐☐☐☐☐

Désignation .....

Adresse .....

.....

Commune .....

Code postal ☐☐☐☐☐ Téléphone ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

## Bénéficiaire des garanties : ☐ Auteur ☐ Victime

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

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

.....

N° licence FFEPGV ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ou invité ☐ bénévole ☐

Si le bénéficiaire est licencié FFEPGV, 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*

**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 ☐**

M., Mme, Mlle.....
Prénom.....
Profession.....
Domicile.....
.....
.....

Propriétaire du véhicule ☐
*Marque*.....
*Type*.....
*N° d'immatriculation*.....
Cycliste *cycle (sans moteur)* ☐

Piéton ☐
Propriétaire d'animal ☐
*Lequel ?*.....
Autre cas ☐
*Lequel ?*.....
.....

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)*

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

## Dommages matériels causés par le tiers

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

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

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