



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

4 787 052 J
Union sportive de l'enseignement du premier degré
3 rue Juliette Récamier
75007 PARIS 07

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 l'USEP

Association sportive affiliée

N°

Désignation

Adresse

Commune

Code postal Téléphone

Bénéficiaire des garanties : Auteur ☐ Victime ☐

Nom Prénom Date de naissance

Profession Adresse

N° licence USEP ou invité ☐ bénévole ☐

Si le bénéficiaire est licencié USEP, 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

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) 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	Propriétaire du véhicule <input type="checkbox"/>	Piéton <input type="checkbox"/>
Prénom	Marque	Propriétaire d'animal <input type="checkbox"/>
Profession	Type	Lequel ?
Domicile	N° d'immatriculation	Autre cas <input type="checkbox"/>
.....	Cycliste cycle (sans moteur) <input type="checkbox"/>	Lequel ?
.....

Assureur : Cie Police n° Agence

Domages 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)

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

Domages matériels causés par le tiers

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

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

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

À Qualité du signataire

le Signature