



Déclaration de dommages corporels subis par une personne assurée

À adresser à la délégation départementale désignée ci-dessous

Cachet de la délégation

Référence MAIF

Référence sociétaire
(le cas échéant)

A

Sociétaire

n° 1 8 1 7 6 8 9 K

Nom (ou titre pour les associations) **FEDERATION FLYING DISC FRANCI**

Prénom **3, Rue Gustave Eiffel** Téléphone (9 h - 17 h)

Domicilié(e) **78300 POISSY**

Tél : 09.53.68.14.83 - www.ffdf.fr

N° Siret : 434 423 943 00035 - APE 9312Z

B

Blessé

Nom Prénom

Date de naissance Profession

Domicilié(e) Téléphone (9 h - 17 h)

- Affiliation à la Sécurité sociale : oui non N° Sécurité sociale

- Régime complémentaire : MGEN oui non Autre régime

- Autre assurance (ex. : assurance élèves...) oui non Dénomination N° du contrat

En cas d'accident sportif : n° de la licence Fédération **Fédération Flying Disc France**

Avez-vous fait intervenir ces organismes : oui non Si oui, lesquels ?

- Si le sociétaire est une personne physique : lien de parenté du blessé avec le sociétaire
- Si le sociétaire est une personne morale, association ou groupement :
 - la garantie MAIF , Fila-MAIF des Risques Autres Que Véhicules A Moteur (RAQVAM) a-t-elle été souscrite à titre personnel par le blessé ou ses parents ? oui non Si oui, sous quel numéro de sociétaire ?
 - nature de l'activité à l'occasion de laquelle s'est produit l'accident
 - situation du blessé vis-à-vis de la collectivité (ex. : salarié, bénévole, adhérent, interne/externe...) **Adhérent**

C

Circonstances du sinistre

Date Heure Lieu dépt. n°

.....

.....

.....

• Nom et adresse des témoins

.....

Constat de police oui non ou de gendarmerie oui non Commissariat ou brigade de

TSVP

