

D

Protection de 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 ou à FLIA-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(s) 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 Secréariat général de la MAIF, CS 90000, 79038 Niort cedex 9 ou sec-general@maif.fr.

Nom, prénom du signataire Qualité

Adresse

Téléphone le Signature

E

Certificat médical initial

(À faire remplir par le premier médecin 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, le (date) J'ai constaté :

• Siège et nature de la blessure

.....

• 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

F

Autres dommages subis par l'assuré (matériels)

.....
.....

G

Tiers

Auteur Victime S'il est adhérent de la FFCK, à quel titre ? licence permanente titre temporaire

Nom Prénom Profession

Adresse

Assureur : Compagnie Police n° Agence

• Propriétaire ou conducteur d'un véhicule à moteur

Marque Type Immatriculation

• Cycliste Piéton Propriétaire d'animal Lequel ?

• Autre cas Lequel ?

H

Dommages éventuellement subis par le tiers

Dommages matériels

Dommages corporels

.....
.....

I

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

.....
.....

À le Qualité du signataire

Signature