



ASSUREUR MILITANT.



fédération française de canoë-kayak

# Déclaration de dommage corporel subi par une personne assurée

## Membres affiliés (clubs) et comités

À adresser à la délégation départementale désignée ci-contre  
sociétaire n° 2 225 346 N

Cachet de la délégation

Référence MAIF

Référence sociétaire  
(le cas échéant)

### A

#### Structure

n° de structure

Nom (ou titre pour les associations)

Téléphone (9 h - 17 h)

Domicilié(e)

### 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.....

• 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...)

• S'il est adhérent, à quel titre ?

licence Canoë

titre Canoë Open

titre Canoë Tempo

Joindre obligatoirement la photocopie de cette carte à la déclaration.

### 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

5426 FFCK  
07/2008

# D

## 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 :

• Sièges 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

# E

## Autres dommages subis par l'assuré (matériels)

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

# F

## Tiers

Auteur  Victime  S'il est adhérent de la FFCK, à quel titre ? licence Canoë  titre Canoë Open  titre Canoë Tempo

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 ?.....

# G

## Dommages éventuellement subis par le tiers

Dommages matériels

Dommages corporels

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

# H

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

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

À..... le..... Qualité du signataire.....

Signature