MAIF ASSOCIATIONS & COLLECTIVITÉS
assureur militant

FÉDÉRATION DES ÉCLAIREUSES ET ÉCLAIREURS
Association laïque de scoutisme
www.scout-fee.org

Déclaration de sinistre

à adresser à Groupe MAIF - gestion des courriers sociétaires
79018 Niort cedex 9
declaration@maif.fr

Sociétaire

1 981 891 D
Fédération des Éclaireuses et Éclaireurs (FEE)
4 rue du Jeu de l'Arc - 94130 Nogent-sur-Marne

Organisateur de l'activité

Désignation .....
Adresse .....
.....
Commune .....
Code postal |_|_|_|_|_| Téléphone |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Bénéficiaire des garanties : Auteur ☐ Victime ☐

Nom ..... Prénom ..... Date de naissance |_|_| |_|_| |_|_|_|_|
Profession ..... Adresse .....
.....
N° d'adhérent |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Autre assurance *(ex. : assurance multirisques vie privée, assurance scolaire ou périscolaire…)* ..... N° du contrat .....
Déclaration faite à cet organisme Oui ☐ Non ☐

En cas de blessures, remplir les rubriques ci-dessous :

Affiliation à la Sécurité sociale Oui ☐ Non ☐ N° Sécurité sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Régime complémentaire Oui ☐ Non ☐ Organisme .....

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 .....

Suite au verso

MAIF
Société d'assurance mutuelle à cotisations variables
Entreprise régie par le Code des assurances
CS 90000 - 79038 Niort cedex 9

5426 FEE
10/2016

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 (ci-dessus) Oui ☐ Non ☐

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

Assistance : frais de secours, rapatriement...

Avez-vous fait appel à Ima GIE ? oui ☐ non ☐

si oui, n° de référence attribué au dossier.....

Qualité du déclarant signataire.....
Coordonnées.....
.....
.....
.....
.....
.....

Fait à .....
le .....
signature

MAIF ASSOCIATIONS & COLLECTIVITÉS
assureur militant

FÉDÉRATION DES ÉCLAIREUSES ET ÉCLAIREURS
Association laïque de scoutisme
www.scout-fee.org

Déclaration de sinistre (double)

à adresser à
la Fédération des Éclaireuses et Éclaireurs
4 rue du Jeu de l'Arc - 94130 Nogent-sur-Marne

Sociétaire

1 981 891 D
Fédération des Éclaireuses et Éclaireurs (FEE)
4 rue du Jeu de l'Arc - 94130 Nogent-sur-Marne

Organisateur de l'activité

Désignation .....
Adresse .....
.....
Commune .....
Code postal |_|_|_|_|_| Téléphone |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Bénéficiaire des garanties : Auteur ☐ Victime ☐

Nom ..... Prénom ..... Date de naissance |_|_| |_|_| |_|_|_|_|
Profession ..... Adresse .....
.....
N° d'adhérent |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Autre assurance *(ex. : assurance multirisques vie privée, assurance scolaire ou périscolaire…)* ..... N° du contrat .....
Déclaration faite à cet organisme Oui ☐ Non ☐

En cas de blessures, remplir les rubriques ci-dessous :

Affiliation à la Sécurité sociale Oui ☐ Non ☐ N° Sécurité sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Régime complémentaire Oui ☐ Non ☐ Organisme .....

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 .....

Suite au verso

MAIF
Société d'assurance mutuelle à cotisations variables
Entreprise régie par le Code des assurances
CS 90000 - 79038 Niort cedex 9

5426 FEE
10/2016

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 (ci-dessus) Oui ☐ Non ☐

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

Assistance : frais de secours, rapatriement...

Avez-vous fait appel à Ima GIE ? oui ☐ non ☐

si oui, n° de référence attribué au dossier.....

Qualité du déclarant signataire.....
Coordonnées.....
.....
.....
.....
.....
.....

Fait à .....
le .....
signature