



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°

Nom (ou titre pour les associations)

Prénom

Domicilié(e)

_____ Téléphone (9 h - 17 h) _____

B

Blessé

Nom

Prénom

Date de naissance

Profession.....

Nom et prénom du représentant légal

Domicilié(e)

_____ Prénom _____

_____ Profession.....

_____ 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.....

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 , Filia-MAIF 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...).....

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

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

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