



DECLARATION DE DOMMAGE CORPOREL SUBI PAR UNE PERSONNE ASSUREE A adresser à la délégation départementale désignée ci-dessous

Cachet de la Délégation

GROUPE MAIF
Centre de Traitement
Gestion 01
79018 NIORT CEDEX 9

Tél. : 04 42 37 63 56

Référence MAIF
Un N° sera attribué par nos services dès
réception de votre déclaration

Référence Sociétaire
(le cas échéant)
2372340 P

* : à compléter

A	Sociétaire	n°	2	3	7	2	3	4	0	P
----------	-------------------	----	---	---	---	---	---	---	---	---

Nom (ou titre pour les associations)

F	E	D	E	R	A	T	I	O	N		F	R	A	N	C	A	I	S	E		D	E	S	
V	O	I	T	U	R	E	S		R	A	D	I	O		C	O	M	M	A	N	D	E	E	S

Prénom

Téléphone (9h - 17h)

0	1	6	9	9		6	7	4	7	4
---	---	---	---	---	--	---	---	---	---	---

Domicilié(e)

C	E	N	T	R	E		H	O	C	H	E	3		5	A	V	E		C	O	N	D	O	R	C	E	T
9	1	2	6	0		J	U	V	I	S	Y		S	U	R		O	R	G	E							

B	Blessé (ou victime de l'accident)
----------	--

*Nom

 Prénom

*Date de Naissance

 *Profession.....

*Domicilié(e)

 Téléphone (9h- 17h)

- *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° contrat.....

En cas d'accident sportif : *N° de licence..... Fédération...**FFVRC**.....

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 (X), FILIA-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, n° 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)...../.....

licencié

C	Circonstances du sinistre
----------	----------------------------------

*Date/...../..... *Heure.....h..... *Lieu..... *dépt n°.....

Rapport détaillé

*Nom et adresse des témoins...+ **N° de licences**.....

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

A remplir si le blessé est lui-même assuré auprès de la MAIF

D Certificat médical initial

(A 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.....

Nom et adresse du médecin
(si possible cachet)

- Conséquences probables de l'accident :

- les blessures entraînent-elles une capacité de travail oui () non ()
(ou une interruption de l'activité)
- 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 ()

A....., le.....
Signature

E Autres dommages subis par l'assuré (matériels)

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

F Tiers (ou responsable de l'accident)

Auteur () Victime ()
Nom..... Prénom..... Profession.....
Adresse.....
.....+ N° licence FFVRC.....
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 éventuels subis par le tiers

* Dommages matériels

* Dommages corporels

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

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

Nom et adresse du club concerné par l'accident.....
.....
.....
.....

A..... le.....

Qualité du signataire
Signature

Président, personne habilitée ou responsable de clubs affiliés