



Déclaration de dommages corporels subis par une personne assurée

À adresser à la délégation départementale désignée ci-dessous

Référence MAIF

Référence sociétaire (le cas échéant)

Cachet de la délégation

A Sociétaire n°

Nom (ou titre pour les associations)

Prénom 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

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 , 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...)

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

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 :

• 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

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