



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)

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

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