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

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 ☐, 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, 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 :

- 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