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