



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

Nom et prénom du représentant légal

Domicilié(e)

– 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 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

306 quarto
01/09

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

