



# Déclaration de dommage corporel subi par une personne assurée

A adresser à la délégation départementale désignée ci-dessous

Cachet de la délégation

Référence MAIF

Référence sociétaire  
(le cas échéant)

## A Sociétaire n° 1 7 7 5 1 3 5 N

Nom (ou titre pour les associations)

Prénom

Domicilié(e)

Grid for Sociétaire information: Name, Telephone (9h-17h), and Address.

## B Blessé

Nom

Prénom

Date de naissance

Profession

Domicilié(e)

Grid for Blessé information: Name, Date of birth, Profession, and Address.

- 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 Française des Sociétés d'Aviron

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°

Grid for Circumstances of the accident: Date, Time, Location, and Department number.

• Nom et adresse des témoins

Constat de police oui  non

ou de gendarmerie oui  non

Commissariat ou brigade de

**D****Certificat médical initial***(A 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)*

A....., 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)**.....  
.....  
.....  
.....

A....., le .....

Qualité du signataire .....

Signature