



Déclaration de dommages corporels subis par une personne assurée

À adresser à **Groupe MAIF - Gestion des courriers sociétaires - 79018 Niort cedex 9**
ou par mail : **declaration@maif.fr**

Référence MAIF

Référence sociétaire
(le cas échéant)

A**Sociétaire n°**

Nom (de l'association ou de la collectivité)

Téléphone

Adresse postale

Adresse électronique

B**Blessé**

Nom Prénom

Date de naissance Profession

Nom et prénom du représentant légal

Domicilié(e)

Adresse électronique

– Affiliation à la Sécurité sociale : oui ☐ non ☐ N° Sécurité sociale

– Régime complémentaire : oui ☐ non ☐ Dénomination

– 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 ?

• Informations complémentaires sociétaire

– la garantie 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 l'association ou 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
03/2022

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)**

.....

.....

.....

.....

J**Protection des données**

(Loi n° 78-17 Informatique et libertés du 6 janvier 1978) et secret professionnel/médical

Par la signature du présent document :

- je reconnais avoir été informé(e) que les données à caractère personnel recueillies par ce document sont obligatoires pour permettre à MAIF ou à Filia-MAIF la prise en compte et le suivi de ma demande,
- j'autorise MAIF, dans le respect du secret professionnel, à communiquer aux seules personnes concernées par la gestion de ce dossier corporel, les informations à caractère médical me concernant,
- si l'indemnisation de mes dommages corporels nécessite une ou plusieurs expertises médicales, j'autorise le(s) médecin(s) expert(s) à transmettre un exemplaire de son(ses) ou leur(s) rapport(s) au gestionnaire habilité par MAIF, dans le strict respect des règles du secret professionnel.
- Ces données seront transmises pour les besoins de mon indemnisation aux seuls assureurs et organismes concernés par le règlement de l'accident.
- Conformément à la loi, je dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et de suppression que je peux exercer à tout moment auprès du Secrétariat général de MAIF, CS 90000, 79038 Niort cedex 9 ou sec-general@maif.fr.

Nom, prénom du signataire

Adresse

Téléphone

À le

Qualité du signataire

Signature