



# Déclaration de dommages corporels subis par une personne assurée

À adresser à : Groupe MAIF

Gestion des courriers sociétaires - 79018 Niort cedex 9  
declaration@maif.fr

Référence MAIF

## A Sociétaire n°

Nom  Téléphone

Adresse mail

Adresse postale

Nom interlocuteur  Fonction

Adresse mail

Téléphone interlocuteur

## B Blessé

Nom  Prénom

Date de naissance  Profession

Nom et prénom du représentant légal

Adresse postale

Téléphone

Adresse mail

- 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 ?

- La garantie MAIF , Fila-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

# D

## 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 la MAIF ou à Fila-MAIF la prise en compte et le suivi de ma demande,
  - j'autorise la 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) rapport(s) au gestionnaire habilité par la 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 la MAIF, CS 90000, 79038 Niort cedex 9 ou sec-general@maif.fr.

Nom, prénom du signataire ..... Qualité .....

Adresse .....

Téléphone ..... le ..... Signature .....

# E

## 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 .....

# F

## Autres dommages subis par l'assuré (matériels)

.....

.....

# G

## Tiers

Auteur  Victime

Nom ..... Prénom ..... Profession .....

Adresse .....

Assureur : Compagnie ..... Police n° ..... Adresse .....

Dommages corporels ou matériels subis par le tiers : .....

.....

# H

## Autres particularités (ou suite des circonstances de l'accident)

.....

.....

.....

À ..... le .....

Qualité du signataire .....

Signature .....

