



# 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

306 quarto  
11/02

**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 :

• 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)*

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