

# 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](mailto:declaration@maif.fr)

Référence MAIF

Référence sociétaire  
(le cas échéant)

**A****Sociétaire n° 09011440**

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)

 Téléphone

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°

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**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