



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 , Filia-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

TSVP

306 quarto
01/2017

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) ou leur(s) 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

