



# 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) 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°

• Nom et adresse des témoins

Constat de police oui  non  ou de gendarmerie oui  non  Commissariat ou brigade de

**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****Dommmages éventuellement subis par le tiers**

Dommmages matériels

Dommmages 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](mailto:sec-general@maif.fr).

Nom, prénom du signataire .....

Adresse .....

Téléphone .....

À ..... le .....

Qualité du signataire .....

Signature