



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

