



# Déclaration de dommages corporels subis par une personne assurée

À adresser à la délégation départementale désignée ci-dessous

Cachet de la délégation  
**MAIF FILIA-MAIF**  
 Délégation du Val de Marne Est  
 79 Boulevard Jean Baptiste Oudry  
 94035 Créteil Cedex  
 tel:01.43.99.62.00

Référence MAIF

Référence sociétaire  
*(le cas échéant)*

## A Sociétaire n° **0 9 1 2 8 8 5 R**

Nom (ou titre pour les associations) **A S I G N**

Prénom  Téléphone (9 h - 17 h) **0 1 4 3 9 8 8 1 1 6**

Domicilié(e) **7 3 A V E N U E D E P A R I S**  
**9 4 1 6 5 S A I N T - M A N D E C E D E X**

## B Blessé

Nom  Prénom

Date de naissance  Profession

Nom et prénom du représentant légal

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  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

**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)**

.....  
.....  
.....  
.....

À..... le.....

Qualité du signataire .....  
Signature