



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° 38880651

Nom (ou titre pour les associations)

Association Sportive de l'Université de Lorraine

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 , Fila-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
08/07

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 :

• Sièges 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