



ASSOCIATIONS & COLLECTIVITÉS

MAIF
Société d'assurance mutuelle à cotisations variables
Entreprise régie par le Code des assurances
CS 90000 - 79038 Niort cedex 9
www.maif-associationsetcollectivites.fr

Déclaration de sinistre corporel et/ou matériel

(à retourner à l'adresse suivante : MAIF - DÉCLARATION SINISTRE - 200 avenue Salvador Allende
CS 90000 - 79038 Niort cedex 9) ou déclaration@maif.fr

Assuré bénéficiaire des garanties

Form fields for personal information: Nom, Prénom, Date de naissance, Profession, Adresse, Code postal, Téléphone, Affiliation à la Sécurité sociale, Régime complémentaire, Autre assurance, Avez-vous fait intervenir ces organismes?

L'accident est-il survenu au cours d'une activité sportive ?

Form fields for sports activity: Si oui, alors cocher (UNSLN n° 2492914 T), Si non, alors cocher (3033883 D), Si licence sportive, a-t-il souscrit l'I. A. Sport +

Si l'assuré est sociétaire MAIF à titre personnel,

Form fields for MAIF shareholder: la garantie MAIF, Filia-MAIF des Risques autres que véhicules à moteur (Raqyam) a-t-elle été souscrite ?, Si oui, sous quel n° de sociétaire ?

Circonstances du sinistre

Date, à h lieu, dépt., pays

Circonstances précises : (dotted lines for text entry)

Nom et adresse des témoins :

Constat de police oui non ou de gendarmerie oui non

Commissariat ou brigade de

Compléter la suite au verso

Certificat médical initial en cas de sinistre corporel

(à faire remplir par le premier docteur 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 ci-dessus, le [][][][][][][][][] J'ai constaté :

a) Sièges et nature de la blessure

.....

b) Conséquences probables de l'accident

- les blessures entraînent-elles une incapacité de travail oui non

(ou une interruption de l'activité) ?

- 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

Si l'accident implique un tiers, compléter les rubriques

M., Mme, Mlle

Prénom

Profession

Domicile

Assureur, Cie

Propriétaire du véhicule

Marque

Type

N° d'immatriculation

Cycliste, cycle (sans moteur)

Police n°

Piéton

Propriétaire d'animal

Lequel ?

Autre cas

Lequel ?

Agence

Nature et évaluation des dommages matériels

À le

Nom et adresse de l'association affiliée

Signature du représentant