



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

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

Nom											Prénom										
Date de naissance											Profession										
Adresse																					
Code postal						Téléphone															
Affiliation à la Sécurité sociale	oui ☐ non ☐					Si oui, n° SS															
Régime complémentaire	oui ☐ non ☐					Si oui, régime.....															
Autre assurance	oui ☐ non ☐																				
– dénomination						n° de contrat															
Avez-vous fait intervenir ces organismes ?	oui ☐ non ☐					si oui, lesquels															

Si oui, alors cocher ☐ (UNSLL n° 2492914 T)

Si non, alors cocher ☐ (3033883 D)

Si licence sportive, a-t-il souscrit l'I. A. Sport + oui ☐ non ☐

la garantie MAIF ☐, Filia-MAIF ☐ des Risques autres que véhicules à moteur (Raqvam) a-t-elle été souscrite ? oui ☐ non ☐

Si oui, sous quel n° de sociétaire ?

Date à h lieu dépt. pays

Constat de police oui ☐ non ☐ ou de gendarmerie oui ☐ non ☐

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) Siège 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