MAIF

Déclaration de dommage corporel subi par une personne assurée

A adresser à la délégation départementale désignée ci-dessous

Cachet de la délégation

MAIF
4 Rond Point de la Nation
B.P. 27841
21078 DIJON Cedex

Référence MAIF

Référence sociétaire (le cas échéant)

A Sociétaire

n° 0 9 1 4 7 8 7 T

Nom (ou titre pour les associations) CERCLE LAIQUE MARSANNAY

Prénom HANDBALL Téléphone (9 h - 17 h)

Domicilié(e) 3 RUE DU ROCHER

21160 MARSANNAY LA COTE

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