



RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES DOMMAGES CORPORELS
(à remplir obligatoirement)

Portez-vous des protections ? Oui Non

Indiquez les protections que vous portiez :

Description des lésions :

.....

Les blessures ont-elles donné lieu à un arrêt de travail ou à une interruption d'activité ? Oui Non

Fournir obligatoirement le certificat médical constatant les dommages corporels (CMI)

Organisme de Sécurité sociale

Nom :

Adresse :

Lieu Code postal.....

@ : Tél.....

N° d'immatriculation de l'assuré :

Organisme complémentaire (Mutuelle)

Nom :

Adresse:

Lieu Code postal.....

@ : Tél.....

N° d'affiliation ou de contrat :

Avez-vous déclaré le sinistre à un autre assureur ? Oui Non

Si oui, Numéro de police.....

Coordonnées Assureur.....

Téléphone :.....

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES DOMMAGES MATÉRIELS

Description des dégâts :

.....

.....

Joindre :

- les factures d'achat ou documents estimatifs établis par un réparateur justifiant la valeur et la date d'achat des équipements endommagés
- le devis des réparations (ne pas faire réparer sans l'accord de l'assureur. A défaut, l'assureur pourra émettre des réserves quant au règlement du sinistre, voire refuser la prise en charge



PROTECTION DES DONNÉES

(Loi n° 78-17 Informatique et libertés du 6 janvier 1978) et secret professionnel/médical

Par la signature du présent document :

- je reconnais avoir été informé(e) que les données à caractère personnel recueillies par ce document sont obligatoires pour permettre à la MAIF la prise en compte et le suivi de ma demande,
- j'autorise MAIF, dans le respect du secret professionnel, à communiquer aux seules personnes concernées par la gestion de ce dossier corporel, les informations à caractère médical me concernant,
- si l'indemnisation de mes dommages corporels nécessite une ou plusieurs expertises médicales, j'autorise le(s) médecin(s) expert(s) à transmettre un exemplaire de son(ses) ou leur(s) rapport(s) au gestionnaire habilité par MAIF, dans le strict respect des règles du secret professionnel.

Ces données seront transmises pour les besoins de mon indemnisation aux seuls assureurs et organismes concernés par le règlement de l'accident.

Conformément à la loi, je dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et de suppression que je peux exercer à tout moment auprès du Secrétariat général MAIF, CS 90000, 79038 Niort cedex 9 ou sec-general@maif.fr.

Nom, prénom du signataire.....

Qualité.....

Adresse.....

Téléphone _ _ _ _ _

Signature

Fait à le

Signature de la victime ou de son représentant (à préciser)