**FORMULAIRE DE DECLARATION D’ACCIDENT CORPOREL**

A TRANSMETTRE par **MAIL**

l’adresse suivante **: declaration@maif.fr**

**MAIF Assistance : 0800 875 875**

**MAIF Assistance depuis l’étranger : +33 5 49 77 47 78**

REFERENCE DU CONTRAT MAIF : 4730090 M

Nom du foyer rural ou de l’association : Nom du Foyer/Asso
Adresse : Adresse

Code postal : Code Postal Commune : Commune

Téléphone : Téléphone

LA VICTIME

Nom et Prénom : Nom et Prénom Né(e) le : Date.

Adresse : Adresse

Profession : Profession Téléphone : Téléphone

E-mail : Email

Nom et Prénom du représentant légal : Nom et Prénom du représentant légal

N° carte d’adhérent : N° carte d’adhérent Délivrée le : Date.

Nature des blessures : Nature des blessures

Hospitalisation : Choisissez un élément. Si oui, adresse de l’hôpital : Adresse de l’hôpital

Durée approximative de l’incapacité temporaire : Durée approximative de l’incapacité temporaire

Nom et adresse du médecin traitant : Nom et adresse du médecin traitant

Le blessé est-il assuré social ? : Choisissez un élément.

Si oui, N° Sécurité Sociale : N° de Sécurité Sociale

Adresse de la Caisse de Sécurité Sociale : Adresse de la Caisse de Sécurité Sociale

Le blessé bénéficie-t-il d’une Mutuelle ? : Choisissez un élément.

Si oui, nom et adresse de cet organisme : Nom et adresse de l’organisme

**L’ACCIDENT**

Date de l’accident : Date. Lieu de l’accident : Lieu de l’accident

Quelle était l’activité exercée lors de la survenance du sinistre ? : Activité exercée.

Circonstances détaillées de l’accident : Circonstances détaillées de l’accident

Nom et adresse des témoins : Nom et adresse des témoins

Y-a-t-il eu un rapport de police ou de gendarmerie ? Choisissez un élément.

Si oui, adresse du commissariat ou de la gendarmerie : Adresse

Fait à : Fait à Le : Date.

Signature du Président de l’Association Cachet de l’Association