



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 : _____	
Adresse : _____	
Code postal : _____	Commune : _____
Téléphone : _____	

LA VICTIME

Nom et Prénom : _____	Né(e) le : _____
Adresse : _____	

Profession : _____	Téléphone : _____
E-mail : _____	
Nom et Prénom du représentant légal : _____	
N° carte d'adhérent : _____	Délivrée le : _____
Nature des blessures : _____	

Hospitalisation : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Si oui, adresse de l'hôpital : _____

Durée approximative de l'incapacité temporaire : _____	
Nom et adresse du médecin traitant : _____	

Le blessé est-il assuré social ? : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Si oui, N° Sécurité Sociale : _____	
Adresse de la Caisse de Sécurité Sociale : _____	

Le blessé bénéficie-t-il d'une Mutuelle ? : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Si oui, nom et adresse de cet organisme : _____	

L'ACCIDENT

Date de l'accident : _____ Lieu de l'accident : _____

Quelle était l'activité exercée lors de la survenance du sinistre ? : _____

Circonstances détaillées de l'accident : _____

Nom et adresse des témoins : _____

Y-a-t-il eu un rapport de police ou de gendarmerie ? OUI NON

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

Fait à : _____ Le : _____

Signature du Président de l'Association

Cachet de l'Association