Déclaration de sinistre
Risques autres que véhicules terrestres à moteur

À adresser à **Groupe MAIF - Gestion des courriers sociétaires - 79018 Niort cedex 9**
ou par mail : **declaration@maif.fr**

Sociétaire n° |_|_|_|_|_|_|_|_|

Référence du sinistre |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Pièces jointes à la déclaration ....

....

A Nature du sinistre (cocher la case convenable)

Incendie (y compris responsabilité civile incendie), foudre, électricité, explosion ☐ Dégât des eaux ☐
Vol ☐ Tempête ☐ Détériorations immobilières par véhicule ☐ Autres cas de dommages aux biens ☐
Responsabilité civile - Défense (sauf responsabilité civile incendie) ☐ Recours ☐
Indemnisation des dommages corporels ☐ Protection juridique ☐

B Assuré

	a) le sociétaire	b) l'assuré (bénéficiaire des garanties)	En cas de dommages à l'immeuble occupé, situation de l'assuré *(cocher la case convenable)*
Nom *(en lettres majuscules)* (de l'association, de la collectivité ou de la personne physique)	M., Mme, Mlle[1]	M., Mme, Mlle[1]	Propriétaire ☐
Prénom	....	....	Copropriétaire ☐
Profession	....	....	Locataire ☐
Domicile rue et numéro	....	....	Occupant :
localité	.... *ne jamais indiquer une adresse de vacances*	....	– à titre gratuit ☐
code postal, bureau distrib.	|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|	– par nécessité de fonctions ☐
Téléphone domicile	.... *indiquer éventuellement les heures d'appel*	Date de naissance	Autre situation ....
Téléphone mobile	....	Lien de parenté avec le sociétaire	....
Adresse électronique	....	....	

C Tiers

tiers **auteur** ☐ ou **victime** ☐ du sinistre *(cocher la case convenable)*

Nom *(en lettres majuscules)*	M., Mme, Mlle[1]	Propriétaire d'immeuble ☐	Cycliste *(cycle sans moteur)* ☐
Prénom	....	Propriétaire de biens mobiliers ☐	Piéton ☐
Profession	....	Propriétaire de véhicule ☐	Propriétaire d'animal ☐
Domicile rue et numéro	....	Marque	Lequel ? ....
localité	....	Type	Autres cas ☐
code postal, bureau distrib.	|_|_|_|_|_|	N° d'immatriculation	

Assureur : Compagnie .... Contrat n° .... Agence ....

D Date et lieu du sinistre

Date |_|_|_|_|2|0|_|_| Lieu |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Code postal |_|_|_|_|_|

E Constatations

Un **constat** a été dressé par M^e ...., huissier à ...., à la requête de ....
Un **procès-verbal** a été établi par la gendarmerie/la police[1] de ...., à la requête de ....

Une **intervention** a été effectuée par les pompiers de ....

1- Rayer les mentions inutiles.
Pour l'identité des femmes mariées, faire suivre le nom de femme du nom de jeune fille. Ex. : Mme Dupont, née Lucas

TSVP

F Témoins

– témoignages recueillis par le sociétaire (en ce cas, les joindre à la déclaration)
– ou à recueillir par la société

Nom, prénom et adresse des témoins

1 - .....
2 - .....
3 - .....

G Rapport détaillé

Rapporter ici les causes, circonstances et conséquences du sinistre. Si un plan des lieux est nécessaire à la compréhension du rapport, l'établir sur une feuille annexe agrafée à la déclaration.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

H Dommages subis ■ Dommages causés ■

Dommages aux biens

.....
.....
.....

Dommages aux personnes *(en ce qui concerne le sociétaire et les autres personnes assurées, joindre ou envoyer au plus tôt les certificats médicaux constatant les blessures)*

.....
.....
.....

I Autres assurances

Indiquer les autres contrats d'assurance souscrits pour le même risque auprès d'autres sociétés auxquelles l'événement doit être déclaré

Compagnie..... Contrat n° .....
Adresse..... Souscripteur du contrat .....
Date de la déclaration..... Référence du dossier ouvert.....

J 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 MAIF ou à Filia-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 de MAIF, CS 90000, 79038 Niort cedex 9 ou sec-general@maif.fr.

Nom, prénom du signataire ..... Qualité.....
Adresse .....
.....
Téléphone.....

À ..... le ..... **Le sociétaire** (signature)