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 la 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 la 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 la MAIF, CS 90000, 79038 Niort cedex 9 ou sec-general@maif.fr.**

Nom, prénom du signataire..... Qualité.....

Adresse.....

Téléphone..... le ..... Signature

CERTIFICAT MÉDICAL INITIAL

(à faire remplir par le premier docteur qui a examiné le blessé ou, à défaut, joindre la copie du certificat médical descriptif déjà délivré)

Je soussigné, docteur en médecine, déclare avoir examiné le blessé ci-dessus, le ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐.

J'ai constaté :

a) Siège et nature de la blessure .....

.....

.....

b) Conséquences probables de l'accident

- Les blessures entraînent-elles une incapacité de travail *(ou une interruption de l'activité)* ? Oui ☐ Non ☐
- Si oui, durée probable de la période d'incapacité ou d'interruption .....
- Durée probable des soins .....
- Durée d'hospitalisation prévue.....
- Probabilité d'une incapacité permanente Oui ☐ Non ☐

NOM ET ADRESSE DU MÉDECIN
(si possible cachet)

À ..... le .....

Signature

Si l'accident met en cause un tiers, compléter les rubriques spécifiques ci-dessous

Tiers : Auteur ☐ Oui ☐ Non ☐ Victime ☐ Oui ☐ Non ☐

M., Mme, Mlle.....
Prénom.....
Profession.....
Domicile .....
.....
.....

Propriétaire du véhicule ☐
Marque.....
Type.....
N° d'immatriculation
Cycliste *cycle (sans moteur)* ☐

Piéton ☐
Propriétaire d'animal ☐
Lequel ?
Autre cas ☐
Lequel ?.....
.....

Assureur : Cie ..... Police n°..... Agence .....

Dommages éventuellement subis par le tiers

DOMMAGES MATÉRIELS
(préciser la nature et l'importance des dégâts apparents)

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

DOMMAGES CORPORELS
(préciser la nature et la gravité des blessures)

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

Dommages matériels causés par le tiers

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

Autres particularités *(ou suite des circonstances de l'accident)*

.....
.....

À ..... Qualité du signataire .....

le ..... Signature