

# 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 .....	Propriétaire du véhicule <input type="checkbox"/>	Piéton <input type="checkbox"/>
Prénom.....	Marque.....	Propriétaire d'animal <input type="checkbox"/>
Profession.....	Type.....	Lequel ?
Domicile.....	N° d'immatriculation	Autre cas <input type="checkbox"/>
.....	Cycliste cycle (sans moteur) <input type="checkbox"/>	Lequel ? .....
.....	.....	.....

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

### Dommages éventuellement subis par le tiers

<p><b>DOMMAGES MATÉRIELS</b> (préciser la nature et l'importance des dégâts apparents)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><b>DOMMAGES CORPORELS</b> (préciser la nature et la gravité des blessures)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
---	--

### Dommages matériels causés par le tiers

.....

.....

.....

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

À ..... Qualité du signataire.....

le ..... Signature.....