



DÉCLARATION DE SINISTRE ACCIDENT SCOLAIRE

8. Description de l'accident (causes, circonstances et conséquences, lésions et/ou dégâts causés).

--

9. Croquis (à compléter en cas d'accident de la circulation ou de dégâts matériels).

--

10. Témoins:

a) Nom et adresse des témoins de l'accident:	
b) S'il n'y avait pas de témoins, nom et adresse des témoins de l'état du blessé et de ses plaintes immédiatement après l'accident:	
c) A défaut de témoin a) ou b), quand et par qui avez-vous été informé de l'accident:	

11. Surveillance:

Y avait-il une surveillance?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, par qui?	
Combien d'élèves fallait-il surveiller?	

12. L'accident est-il dû à une erreur de l'assuré?

Nom:	
Prénom:	
Âge:	
Adresse (Rue et n° bte)	
Code postal et localité	

13. L'accident est-il dû à une installation défaillante?

Oui Non

Si oui, expliquez:	
--------------------	--



DÉCLARATION DE SINISTRE ACCIDENT SCOLAIRE

14. Un procès-verbal a-t-il été établi?

Oui Non

Si oui, par qui?	
Date et N° du PV:	

15. La victime a-t-elle dû interrompre ses études?

Oui Non

Si oui, à partir de quelle date?	
----------------------------------	--

16. Médecin traitant:

Nom:	
Prénom:	
Adresse (Rue et n° bte)	
Code postal et localité	

17. Remarques ou renseignements complémentaires

--

Les données communiquées peuvent être traitées par AXA Belgium en vue du service à la clientèle, de l'acceptation des risques, de la gestion des contrats et des sinistres ainsi que du règlement des prestations. En vue d'offrir les services les plus appropriés, ces données pourront être communiquées aux entreprises du groupe AXA ou aux entreprises en relation avec celles-ci.

Les personnes concernées donnent leur consentement pour le traitement des données relatives à leur santé lorsqu'elles sont nécessaires à l'acceptation, la gestion et l'exécution du contrat par les gestionnaires intervenant dans le cadre de ce contrat. Ce traitement est prévu par la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée.

Toutes les informations seront traitées avec la plus grande discrétion.

Les personnes concernées peuvent connaître ces données, les faire rectifier et s'opposer gratuitement à leur traitement à des fins de direct marketing. Il faut alors envoyer une demande datée et signée au service clientèle de la compagnie, accompagnée d'une photocopie recto verso de la carte d'identité. Les données personnelles rassemblées sur ce document ne seront pas traitées à des fins de marketing direct.

Avertissement. Toute escroquerie ou tentative d'escroquerie envers la compagnie d'assurances entraîne non seulement la résiliation du contrat d'assurance, mais fait également l'objet de poursuites pénales sur la base de l'article 496 du Code pénal. En outre, l'intéressé sera repris dans le fichier du groupement d'intérêt économique Datassur, qui comporte tous les risques spécialement suivis par les assureurs qui y sont affiliés.

A	le
Nom	
Signature:	

Avant de dater et de signer, veuillez vérifier si les renseignements que vous avez donnés sont corrects et complets. Merci d'avance.

Fait àle,

Signature du directeur d'école



DÉCLARATION DE SINISTRE ACCIDENT SCOLAIRE

B

ACCIDENT N°	ATTESTATION MÉDICALE	POLICE N° 010 730.385.982
----------------	----------------------	------------------------------

Du Docteur
Spécialiste en.....
Domicilié à.....

Preneur d'assurance

Commune de Woluwe-Saint-Pierre.....
Avenue Charles Thielemans 93 – 1150 Bruxelles

Victime

Nom – Prénoms
Date de naissance

Date de l'accident.....
Date premier examen.....

Lésions constatées

Incapacité

Résultant des blessures Totale (1) – durée.....
 Partielle – degré – durée

Lésions.....

Conséquences

La personne blessée est soignée

Le traitement appliqué est le suivant:.....

La prédisposition, les maladies et les infirmités existant déjà avant l'accident et qui pourraient en aggraver de façon anormale les conséquences, sont:

L'intervention d'un médecin spécialisé semble: utile – inutile.

Une radiographie est: nécessaire – utile

Les soins à domicile sont: nécessaires – pas nécessaires.

Il est à craindre que les lésions mentionnées ci-dessus entraîneront une incapacité permanente qui comprendra:

Remarques:.....

Fait à, le

Signature

(1) L'incapacité ne sera alors totale que lorsque la victime est contrainte d'arrêter toute activité professionnelle. Dans les autres cas, l'incapacité est partielle.

ACCIDENTS SCOLAIRES

AVIS IMPORTANT AUX PARENTS, CHEFS D'ECOLE, MEDECINS ET ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS

La législation actuellement applicable à l'assurance maladie-invalidité ne dispense pas les mutuelles maladies de leurs prestations en cas d'accidents scolaires et du chemin de l'école. En conséquence, l'intervention de l'assurance dans le coût des soins est complémentaire aux prestations légales de la mutuelle maladie.

Si les parents bénéficient de l'assurance maladie-invalidité, ils doivent :

- a) déclarer l'accident à leur mutuelle ;
 - b) régler les honoraires des médecins, les notes des pharmaciens, cliniques, etc ... ;
récupérer auprès de leur mutuelle la quote-part de celle-ci dans ces frais ;
demander à leur mutuelle une attestation indiquant, en regard des montants réclamés, la quote-part prise en charge par elle (voir au verso) ;
 - c) nous faire parvenir cette attestation : l'assurance remboursera la différence, dans les limites prévues au contrat.
-

ECOLE :

.....

.....

.....

Date de l'accident

Nom de la victime

Prénoms

Adresse complète

.....

Nom et prénom du père ou à défaut de la mère ou du tuteur

.....

Détail des frais médicaux	Remboursé par la Mutuelle	Complément des frais à rembourser par l'assurance
.....€€€
.....€€€
.....€€€
.....€€€
.....€€€
.....€€€
.....€€€
.....€€€
.....€€€
.....€€€
.....€€€
.....€€€
.....€€€

Pour accord : (cachet de la Mutuelle)	Remboursement à : Nom, prénoms Adresse :
Nom et adresse de la Mutuelle	Compte bancaire IBAN BIC
N° d'affiliation :

(1) biffer la mention inutile