

Numéro de police

Déclaration Accident Corporel Scolaire

Preneur d'assurance

Victime

Nom et Prénom

Rue et N° / Boîte :

Code postal et localité :

Téléphone :

Adresse e-mail :

@

@

N° compte bancaire

VICTIME

a) Qualité

Professeur Volontaire Etudiant

b) Date de naissance

/ /

ACCIDENT

a) Lieu de l'accident (ville, village, hameau, lieu de travail, habitation, cour de récréation, etc.)

b) Jour, date et heure :

c) Quand l'accident a-t-il été déclaré la première fois?

d) A qui?

CAUSE ET CIRCONSTANCES

Comment l'accident s'est-il produit?
(description précise)

L'accident a-t-il été causé par un tiers ?

Oui Non

Si oui, indiquez

Nom et Prénom

Adresse

Est-il assuré?

Oui Non

Si oui, auprès de quelle compagnie?

N° de contrat ?

S'agit-il d'un accident survenu sur le chemin de l'école ?

Oui Non

Y a-t-il des **témoins** oculaires de l'accident ?

Oui Non

Dans l'affirmative, indiquez leurs noms, adresses. Joignez leurs déclarations sur une feuille séparée.

Un **procès-verbal** a-t-il été établi ?

Oui Non

Dans l'affirmative, par quelle autorité ?

Quand ?

...../...../.....

Numéro de P .V .?

Y a-t-il intervention de : Mutualité Assurance accident de travail

D'une autre assurance ?

Oui Non

Nom et adresse de la compagnie?

Références ?

(Seulement à compléter en cas de sinistre aux lunettes)

Devis dégâts aux lunettes fourni à la victime ?

Oui Non

Annexes de la déclaration:

attestation dégâts aux lunettes

Intervention mutualité pour dégâts aux lunettes

autres:

Autres remarques:

Attention ! La présente déclaration ainsi que le certificat médical doivent nous être remis dûment complétés dans les HUIT jours qui suivent l'accident.

Protection de la vie privée

Le traitement des données à caractère personnel transmises à Belfius Insurance SA et à leur intermédiaires peut s'effectuer dans le cadre du service à la clientèle, du traitement du risque et de la gestion des contrats et des sinistres. La loi accorde aux personnes que ces données concernent, un droit d'accès et de rectification. Tout renseignement complémentaire est disponible auprès de la Commission de la protection de la vie privée (loi du 8 décembre 1992).

Le soussigné déclare avoir donné tous les renseignements dont il a connaissance à propos de l'accident visé ci-dessus.

Etabli à(lieu), le / / (date)

Signature du déclarant,

CERTIFICAT MEDICAL

du Docteur domicilié à
sur l'état de(victime), blessé le.....

1. Nature des lésions. Description détaillée des lésions (et évolution) depuis l'accident.			
2. La victime était-elle atteinte de lésions ou de maladies qui ont aggravé les suites de l'accident?			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Lesquelles?			
3. a) Y a-t'il eu consultation d'un spécialiste?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Lequel?	
b) La victime est-elle hospitalisée?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Depuis quand?/...../.....
4. Indiquez si la victime est			
<input type="checkbox"/> en incapacité complète de travail <input type="checkbox"/> autorisée à continuer le travail <input type="checkbox"/> autorisée partiellement à continuer le travail			
Quand l'incapacité de travail a-t-elle commencé?	/...../.....	
La durée probable de cette incapacité (le plus précis possible).			
Des suites graves sont-elles à craindre? P.ex. la mort ou une incapacité permanente.			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
En quoi consisteraient-elles ?			
5. Quand a-t-on fait appel pour la première fois à l'intervention d'un médecin?		/...../.....
Lequel?			

Fait et certifié à(lieu), le/...../.....

Signature du médecin (cachet),

Preneur d'assurance

Numéro de police

DEVIS DEGATS AUX LUNETTES (à compléter par l'opticien)

Je soussigné,

 (Nom et adresse).

Déclare que les lunettes appartenant à

.....
 Après examen des lunettes, je certifie que les informations complétées sur ce devis reflètent la réalité

Lunettes endommagées

	Monture	Verres
Marque et type		
Date d'achat	/ /	/ /
Prix d'achat à cette date		
Nature des dégâts		
Réparation possible?	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Neen	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Encore utilisable dans une autre monture		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

Nouvelles lunettes

	Monture	Verres
Marque et type		
Prix		
Intervention de la mutuelle?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

Fait à(lieu), le.....

Signature opticien (cachet),