

Nom et Prénom de la victime :	Référence sinistre :
Date de l'accident :	N° de police :
Coordonnées du Preneur d'Assurance (école, groupement, Institution) :	

INFORMATIONS AUX PARENTS ET A LA VICTIME

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

L'institution que fréquentait la victime lors de l'accident a souscrit par notre intermédiaire une assurance prévoyant une intervention dans le remboursement des frais médicaux, paramédicaux, d'hospitalisation et de pharmacie qui en résulteront, et ce **APRES INTERVENTION PRIORITAIRE DE VOTRE MUTUELLE** (loi du 9.8.1963).

A. En cas de dommages corporels :

1. **Transmettez-nous un certificat médical de premier constat des lésions encourues par la victime le jour l'accident.**
2. Régalez vous-même les notes de frais qui vous seront présentées par le médecin, la clinique, le pharmacien, ou autres.
3. Transmettez-nous ensuite (par voie électronique ou postale)** :
 - le relevé d'intervention de la mutuelle ou son refus justifié.
 - les justificatifs et notes de frais non remboursées par la Mutuelle (factures, tickets de pharmacie destinés à un organisme assureur,... **(au format .PDF)**).

B. En cas de bris de lunettes :

Transmettez-nous ensuite (par voie électronique ou postale)**

- **Si réparation :** transmettez-nous :
 1. la facture de réparation (pas de devis)
 2. le numéro de compte bancaire sur lequel l'indemnité devra être versée.
- **Si remplacement complet des lunettes (monture et verres) :** transmettez-nous :
 1. La note de l'opticien, signée et datée, attestant qu'aucun élément n'est récupérable.
 2. Copie de la facture d'achat des lunettes cassées.
 3. La copie de la facture de remplacement, accompagnée du décompte d'intervention détaillé de votre mutuelle ou, à défaut, de son refus motivé.
 4. Le numéro de compte bancaire sur lequel l'indemnité devra être versée.

Bien entendu, le bénéfice des dispositions qui précèdent vous sera acquis dans la mesure où il sera établi que votre accident entre bien dans le champ d'application du contrat et à concurrence des montants prévus au contrat.

Nous sommes à votre entière disposition pour toute information complémentaire.

****Nous nous permettons d'attirer votre attention sur le fait que vous êtes tenus de conserver vos documents originaux à disposition pendant une durée de 5 ANS.**

GESTION DES DONNEES PERSONNELLES : Nous traitons les données personnelles pour gérer cet accident en respectant la réglementation GDPR.

RELEVÉ DES DEBOURS

Pour dommages corporels uniquement

Nom et Prénom de la victime :	Référence sinistre :
Date de naissance de la victime : Date de l'accident :	N° de police :

Coordonnées du Preneur d'Assurance (école, groupement, Institution) :

AVIS IMPORTANT

La compagnie d'assurances se réserve toujours le droit d'accepter ou de refuser d'intervenir dans un sinistre. De toute façon, il est obligatoire pour qu'une intervention puisse être envisagée que le dossier soit complet et que vous nous adressiez le présent formulaire dûment complété et signé, en vous conformant scrupuleusement aux formalités définies ci-après:

- **Réglez vous-mêmes les notes de frais** qui sont présentées par le médecin, la clinique, le pharmacien,
- **Soumettez ces notes à la mutuelle** et demandez-lui de vous fournir une attestation d'intervention destinée à la compagnie d'assurances mentionnant les remboursements qu'elle a effectués,
- **Si vous n'êtes pas affilié à une mutuelle**, ou si cette dernière refuse d'intervenir, joignez les pièces justificatives originales ainsi qu'une attestation de la mutuelle précisant la raison du refus,
- **Transmettez-nous** ensuite, par mail, les attestations d'intervention mutuelle et les justificatifs de vos frais non remboursés par la mutuelle (factures, notes de frais, tickets de pharmacie,...),
- **Les dommages matériels** (dégâts vestimentaires, dégâts au vélo ou à d'autres biens) ne sont pas couverts par la garantie individuelle Accidents et ne doivent donc pas être repris dans ce décompte.

Complétez le tableau ci-dessous qui reprend le récapitulatif des pièces justificatives que vous nous transmettez en annexe :

Type de document (facture, ticket pharmacie, ...)	Date de la prestation ou de la facture	Montant payé	Montant remboursé par la mutuelle	Solde à votre charge	N° de l'annexe

Total :€

Le remboursement de la compagnie d'assurances peut s'effectuer sur :

Compte bancaire : IBAN _____ BIC :

Nom et prénom du titulaire du compte :

Adresse : rue n°

CP Localité

Téléphone / E-mail :

GESTION DES DONNEES PERSONNELLES : Nous traitons les données personnelles pour gérer cet accident en respectant la réglementation GDPR.

Fait à, le/...../20.....

Mentionnez "Lu et approuvé"
+ Signature + qualité (Père, Mère...)

CERTIFICAT MÉDICAL

(À compléter par le médecin)

Doit être renvoyé dans les huit jours au destinataire :

Nom et Prénom de la victime :	Référence sinistre :
Date de l'accident :	N° de police :
<p>Jour, heure et endroit du premier examen</p>	
<p>DIAGNOSTIC TRES COMPLET DE L'AFFECTION</p> <p>Signes objectifs : (indiquer très exactement le genre, la nature et la gravité des blessures, les parties du corps atteintes)</p>	
<p>Symptômes SUBJECTIFS accusés par le blessé</p>	
<p>Date et origine des lésions d'après le blessé</p>	
<p>Les constatations objectives rendent-elles vraisemblables ou invraisemblables, l'origine signalée par le blessé, la date indiquée par lui. Dans la négative, sur quelles constatations vous basez-vous ?</p>	
<p>Quelle sera approximativement la durée du traitement ?</p>	
<p>PRONOSTIC : A- Guérison complète B - Invalidité permanente totale ou partielle C - Décès</p>	
<p>N'y a-t-il rien chez le blessé qui puisse normalement aggraver les conséquences de l'accident ? Infirmités antérieures :</p>	
<p>Jugez-vous utile de recourir à l'intervention d'un autre médecin (spécialiste, chirurgien, radiologiste etc... et pourquoi ?</p>	
<p>Jugez-vous de l'intérêt du blessé ou de la compagnie de faire hospitaliser la victime ? Pourquoi ?</p>	
<p>Observations particulières :</p>	

GESTION DES DONNEES PERSONNELLES : Nous traitons les données personnelles pour gérer cet accident en respectant la réglementation GDPR.

Fait à le20...

Signature du médecin

Nom et adresse ou cachet du médecin