

Formulaire de déclaration de sinistre Individuelle Accident
Police M.M.A. n° 143 222 063

Lors de la survenance de tout événement susceptible de mettre en jeu la garantie de votre contrat, ADRESSEZ À VOTRE ETABLISSEMENT SCOLAIRE CETTE DECLARATION DE SINISTRE, (MEME INCOMPLETE).

Document à transmettre au secrétariat de la direction de **l'établissement**.

1 – Identité de la personne déclarant le sinistre

Nom du déclarant :

Prénom du déclarant :

Qualité et coordonnées téléphoniques (obligatoire):

2 – Identification de la personne blessée

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Classe :

Adresse complète :

Mail :

Téléphone :

Sécurité Sociale :

Oui Non,

Numéro :

Clé :

Références sur la Mutuelle Complémentaire des parents :

3 – Circonstances précise de l'événement et dommages constatés

Date :

Heure :

Lieu exact :

Circonstances précises (Que s'est-il passé ? Qu'en résulte-t-il ?) :

Nature des blessures :

4 – Frais restant à la charge

Frais médicaux spécifiques, accessoires paramédicaux, services divers, non pris en charge après remboursement Sécurité Sociale et Mutuelle :

5 – Pièce à joindre

- Certificat médical de constatation de blessure*

- Relevé des frais médicaux éventuellement à la charge des parents après intervention de la Sécurité Sociale et Mutuelle : originaux des bordereaux de ces organismes à produire.*

- Certificat médical de guérison ou de consolidation*

Date de déclaration :

Signature du responsable

Pour envoi par mail, indiquez : Nom, prénom et adresse électronique