



Police n° :

DECLARATION D'ACCIDENT SCOLAIRE

A compléter par le chef d'établissement

1. Souscripteur du contrat :

.....
.....
.....

Dénomination et adresse complète de l'établissement assuré :

Rue :

N° postal : Localité :

Réf. :

Tél. :

2. a) Victime (en caractères d'imprimerie s.v.p.)

Nom :

Prénom :

Rue : N° : Bte :

N° postal : Localité :

b) Date de naissance :

Classe : Section :

3. a) Nom et prénom du père, ou, à défaut, de la mère ou du tuteur :

Profession :

N° compte :

b) Si la victime n'est pas un élève :

Sa fonction :

4. Date de l'accident :

Jour : Heure :

5. Si un tiers étranger à l'école est impliqué dans l'accident, nom et adresse complète de celui-ci :

Nom :

Rue : N° : Bte :

N° postal : Localité :

6. Compagnie d'assurance du tiers mentionné au point 5 :

N° de police :

7. Lieu d'accident :

A l'école :

Pendant les cours théoriques; A l'Education physique; Pendant les cours pratiques; En récréation; A la plaine de jeux;
A l'internat; En colonie.

A l'extérieur de l'école :

Sur le chemin de l'école; En excursion.

Endroit précis :

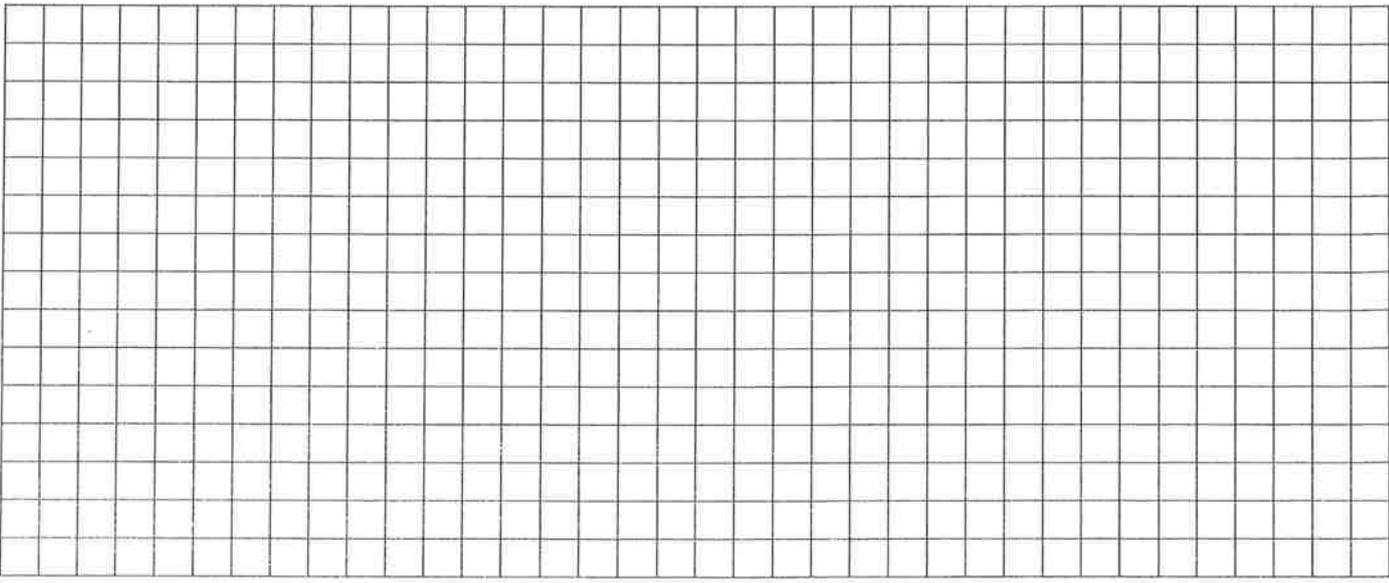
Moyen de locomotion utilisé :

8. Description de l'accident (causes, circonstances et conséquences, lésions et/ou dommages occasionnés) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

(En cas d'accident de roulage, veuillez également compléter le cadre 9)

9. Croquis (à compléter en cas d'accident de roulage ou de dommages matériels).



10. Témoignages :

- a) Nom et adresse des témoins de l'accident :
- b) Si l'accident n'a pas eu de témoin, nom et adresse des témoins de l'état du blessé et de ses plaintes immédiatement après l'accident :
- c) A défaut de témoin a) et b), quand et par qui avez-vous eu connaissance de l'accident ?

11. Surveillance :

- Etait-elle exercée ? oui non
- Si oui, par qui ?
- Quel était le nombre de préposés à la surveillance ?
- Quel était le nombre d'élèves à surveiller ?

12. L'accident est-il dû à une faute d'un assuré ?

- Si oui, identité complète de celui-ci.
- Nom : Prénom : Age :
- Rue : N° : Bte :
- N° postal : Localité :

13. L'accident est-il dû à une déféctuosité des installations ? oui non

- Si oui, à préciser :

14. Un procès-verbal a-t-il été dressé ? oui non

- Si oui, par quelle autorité? Date :
- Quel est le numéro de ce procès-verbal ?

15. La victime a-t-elle cessé la fréquentation des cours ? oui non

- Si oui, à partir de quelle date ?

16. Nom et adresse du médecin traitant :

17. Observations :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à, le

Signature du chef de l'établissement,

CERTIFICAT MEDICAL (A compléter par le médecin traitant)

1. Nom, prénom et adresse du médecin traitant (en CARACTERES D'IMPRIMERIE, s.v.p.) :
2. Nom, prénom et adresse de la victime :
3. Date de l'accident :
4. Date et heure du premier examen médical :
5. Lésions (indiquer la nature des blessures, les parties du corps atteintes) :
6. Où la victime est-elle soignée ?
7. La victime peut-elle se déplacer ? oui non
8. Durée probable du traitement :
9. Conséquences probables de l'accident :
10. Estimez-vous que la lésion constatée peut avoir eu pour cause l'accident relaté à la rubrique "description de l'accident"
11. Y-a-t-il concours d'un état antérieur (infirmités, maux ou maladies) ? oui non
Si oui, lequel ?
12. a) Une intervention chirurgicale a-t-elle été pratiquée ? oui non
Si oui, laquelle,
- Dans quel établissement et par quel chirurgien ?
- b) Une radiographie de diagnostic et/ou de contrôle a-t-elle été faite ? oui non
Si oui, par quel radiologue ?
- c) Désirez-vous l'intervention d'un spécialiste ? oui non
13. Observations :

Dans un but de gestion rapide du dossier sinistre, je donne par la présente mon consentement spécial quant au traitement des données médicales me concernant (loi du 8/12/1992 pour la protection de la vie privée).

Fait à, le

Signature

N.B.: P&V intervient dans le coût des soins au-delà des prestations légales de la mutualité et marque à l'avance son accord sur tout traitement spécial (kinésithérapie et physiothérapie) qui aura été approuvé par le médecin conseil de la mutualité .

DATASSUR

L'assuré donne par la présente son consentement à la communication par P & V au GIE Datasur, des données à caractère personnel pertinentes dans le cadre exclusif de l'appréciation des risques et de la gestion des contrats et des sinistres y relatifs.

Toute personne justifiant de son identité a le droit d'obtenir auprès de Datasur communication et, le cas échéant, rectification des données la concernant. Pour exercer ce droit, la personne concernée adresse une demande datée et signée accompagnée d'une copie de sa carte d'identité à l'adresse suivante : Datasur, Service "fichiers", 29 square de Meeûs à 1000 Bruxelles.