

DECLARATION D'ACCIDENT SCOLAIRE CONTRAT 54574790 N° Sinistre :

Cachet de l'établissement -----	Déclaration à nous adresser dès la survenance de l'accident par mail, fax ou courrier.	Allianz Jean-Pierre Capellari 7, Rue Jacques le Caron 62000 ARRAS Tel : 03.21.21.71.50 Fax : 03.21.21.71.51 capellari.arras@allianz.fr
---	---	---

DATE DE L'ACCIDENT : Heure :

LIEU PRECIS :

S'agit-il d'un accident de circulation : OUI NON

Procès-verbal de Gendarmerie : OUI NON Brigade de

Rapport de police : OUI NON Commissariat de.....

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ELEVE

NOM et PRENOM :Adresse :

Date de naissance :

Nom, Prénom et adresse des Parents (en majuscule) :

Téléphone :Adresse mail :

Responsabilité Civile chef de famille : OUI NON N° de Police :

Compagnie : Agence :

NATURE ET GRAVITE DES BLESSURES :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE TIERS (Si un tiers est impliqué)

NOM et ADRESSE du tiers :

Téléphone : Adresse mail :

. Véhicule - Marque : N° d'immatriculation :

. Compagnie d'Assurances :N° de Police :

CORPOREL :MATERIEL :

Nature et gravité des blessures :

NOM et ADRESSE des TEMOINS (si témoins) : Accusé réception le.....

CIRCONSTANCES EXACTES (à remplir impérativement)**Exposé détaillé :****Si des frais restent à votre charge, vous voudrez bien nous adresser :**

- Le certificat du dentiste précisant que la dent est définitivement détruite
- le certificat médical de constatation
- les bordereaux de remboursement :
 - * des assurances complémentaires
 - * de la sécurité Sociale
- les factures des frais engagés (lunettes)
- le certificat médical de guérison