

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 :

Procès-verbal de Gendarmerie :

Brigade de :

Rapport de police :

Commissariat de :

-----**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ELEVE**

NOM et PRENOM :

Date de naissance :

Adresse :

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

Téléphone :

Adresse mail :

Responsabilité Civile chef de famille :

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
--	---