

DÉCLARATION D'ACCIDENT

Numéro de police : CI Assurances AXA 7055885410123

				1						
Région :	Unité	:		Branche :						
RESPONSABLE DU GROUPE										
Nom et prénom :										
Souscripteur à l'assurance et destina Guides Catholiques de Belgique – AS			Partie réservée à C.I. Assurances							
Rue Paul-Émile Janson, 35	C'est uniquement à cette adresse									
1050 Bruxelles Tél. : 02/538.40.70	qu'il faut renvoyer ce formulaire. Moment de l'accident (entourer) : Camp – Weekend de groupe ou d'Unité – Réunion Autre :			Les annexes nous sont revenues complétées :						
assurances@guides.be				oui 🗆 non 🗆						
L										
Date de l'accident ://		naissance de la victime :								
<u>VICTIME</u> N° de mem	bre Guides · · :									
Nom et prénoms :										
Rue :				N°:						
Code postal : Lo	ocalité :									
Si la victime est mineure d'âge, nom	s, prénoms et adresse co	omplète des parents :								
Tél./GSM :	Adress	se E-mail :								
Coller ici une vignette de la mutuelle	e									
ACCIDENT										
L'accident a-t-il provoqué le décès de Lieu de l'accident :			Harrie .							
Lieu de l'accident :			Heure :							
Causes et circonstances de l'accident	:									
L'accident a-t-il été provoqué : par so	n propre fait \square , par le f	ait d'un tiers 🗆 ou par le fait d'	éléments meubl	es ou immeubles \square						
L'accident a-t-il provoqué des domma	ages à un tiers ? OUI 🗆	NON □								
Nom et adresse de celui-ci :										
N° compte bancaire du tiers pour le règlement : IBAN :										
Identité de la compagnie d'assurance	e du tiers :		n° d	le son contrat :						
En cas d'accident de la circulation, la victime était-elle 🗌 piéton 🗎 cycliste 🗎 autre à préciser :										
Conducteur du véhicule impliqué :										
Nom de sa compagnie d'assurance RC auto :										
S'il y a eu un constat officiel, quelle est l'autorité verbalisante ? Police fédérale ou locale de :										
L										
Fait à	16	e//20 Signa	ture (qualité) :							

^{*} Vous obtiendrez un règlement rapide de votre dossier si vous nous renvoyez cette déclaration d'accident accompagnée des formulaires Relevé des débours et Certificat médical.

^{**} Ce numéro se trouve sur la fiche du membre dans SCRIBe. Il se trouve également sur le listing des membres que tu peux imprimer.



Certificat médical

Numéro de police : CI Assurances AXA 7055885410123

À remplir par LE MÉDECIN

(Merci de répondre avec précision à toutes les questions posées ci-dessous)

La victime Souscripteur à l'assurance et destinataire du formulaire * Guides Catholiques de Belgique – ASBL N° de membre Guide** :..... Rue Paul-Émile Janson, 35 1050 Bruxelles Nom:.... Tél.: 02/538.40.70 Prénom : Avis aux préjudiciés : Si cet accident vous a occasionné des frais, veuillez faire compléter le certificat médical par le médecin qui a examiné le blessé et y joindre également complétée l'annexe Relevé des débours. Diagnostic très complet de l'affection (indiquer très exactement le genre, la nature et la gravité des blessures, les parties du corps atteintes). Signes objectifs: Symptômes subjectifs accusés par le blessé : Date et origine des lésions d'après le blessé : Les constatations objectives rendent-elles vraisemblables ou invraisemblables : a) l'origine signalée par le blessé ; b) la date indiquée par lui ? Dans la négative, sur quelles constatations vous basez-vous? Le blessé peut-il continuer ses occupations totalement ou partiellement ? Sinon, à quelle date a-t-il dû cesser ses occupations ? Prévision : A. Guérison complète ; B. Incapacité permanente totale ou partielle ; C. Mort : N'y a-t-il rien chez le blessé qui puisse normalement aggraver les conséquences de l'accident ? Infirmités antérieures : Des soins constants sont-ils donnés ? Où et par qui ? Jugez-vous utile de recourir à l'intervention d'un autre médecin (spécialiste, chirurgien, radiologue, etc.) et pourquoi ? Jugez-vous de l'intérêt du blessé ou de la compagnie de faire hospitaliser la victime ? Pourquoi ? Observations particulières :

Nom et adresse ou cachet du médecin :

^{*} Vous obtiendrez un règlement rapide de votre dossier si vous nous renvoyez cette déclaration d'accident accompagnée des formulaires Relevé des débours et Certificat médical.



** Ce numéro se trouve sur la fiche du membre dans SCRIBe. Il se trouve également sur le listing des membres que tu peux imprimer.



Pour les parents

Relevé des débours

À remplir par L'ASSURÉ/SES PARENTS

Numéro de police : CI Assurances AXA 7055885410123

Gestionnaire:

(Merci de répondre avec précision à toutes les questions posées ci-dessous)

	Partie réservée à C.I. Assurances				
	Total 1 : Total 2 : Total 3 :				
e toute façon, il est obligatoire pour qu'une intervention soit leusement aux formalités définies ci-après :	Date :				

<u>Souscripteur à l'assurance et destinataire du formulaire</u> Guides Catholiques de Belgique – ASBL

Rue Paul-Émile Janson, 35 1050 Bruxelles Tél.: 02/538.40.70

Nom et prénom de la victime :

Avis aux parents ou aux Animateurs:

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 soit envisagée que vous nous adressiez le présent formulaire dument complété et signé, en vous conformant scrupuleusement aux formalités définies ci-après :

- vous réglez vous-mêmes les notes de frais qui vous sont présentées par le médecin, la clinique, le pharmacien ;
- vous soumettez ces notes à la mutuelle et vous lui demandez de remplir la partie (1) du présent document qui la concerne ;
- si vous n'avez pas de mutuelle ou si celle-ci refuse d'intervenir, vous complétez uniquement la partie (2) du présent document ;
- pour les frais repris à la partie (2), il est nécessaire de joindre les pièces justificatives originales (pas de photocopies).

Important: les frais médicaux sont couverts par l'assureur AXA à concurrence de 1X le barème INAMI avec un maximum par victime et par sinistre de 7.436,81 €.

ATTESTATION D'INTERVENTION MUTUELLE – Volet à remplir par la mutuelle (1)						FRAIS POUR LESQUELS LA MUTUELLE NE PRÉVOIT PAS D'INTERVENTION (2)			
Mutuelle + adresse :									
Date de l'accident :						Volet à compléter par le titulaire qui doit aussi agrafer les pièces justificatives originales			
Nom et prénom de l'affilié :						au présent relevé.			
Nom et prénom de l'accidenté :									
Le soussigné (nom et prénom):déclare que la mutuelle précitée qu'il									
représente est interven	ue dans les frais causés p	par l'accident susdit à cor	currence du montant ind	iqué ci-dessous :					
Nom du prestataire	N° de la prestation	Date de prestation	Montant réel des	Montant de	Différence à charge	Nature des frais (ex. pharmaceutique)	Date	Montant à charge	
de soins	ou facture	ou facture	frais	l'intervention de la	de l'affilié		1		
(méd./clinique)				mutuelle					
Total				(a)		Total	(b)		
N° d'affiliation :			Qualité : Assuré obligatoire – libre – indépendant – Gros risques			Total général (a) + (b) :€			
Signature du délégué et cachet de la mutuelle :			(barrer les mentions inutiles)						
						Je prie la Compagnie d'assurances de régler son intervention dans le montant du total général			
			Le//20			précité par versement à mon compte bancaire n° (format IBAN) :			
					O				
						Ouvert au nom de :			
						Le :/20 Signature :			