



Saint-Christophe
MUTUELLE D'ASSURANCES



 **VERSPIEREN**
COURTIER EN ASSURANCES

UDOGEC LILLE – ASSURANCE DES RISQUES SCOLAIRES

Déclaration d'accident

CONTRAT N° 2.168.019.304

NOM DE L'ÉLÈVE

CACHET DE L'ÉTABLISSEMENT OBLIGATOIRE

Cette déclaration et les pièces justificatives sont à adresser à Verspieren - Service Udogec - Madame Véronique Favier - 1 avenue François Mitterrand 59290 Wasquehal

Téléphone : 03 20 45 77 83
email : udogec@verspieren.com

Une déclaration bien remplie et accompagnée des pièces justificatives permet une indemnisation plus rapide.
Pour mémoire, toute action dérivant du contrat d'assurance est prescrite au bout de deux ans.

ÉLÈVE

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE

Nom :

Adresse :

Code postal : Ville :

E-mail :

PARENT OU REPRÉSENTANT LÉGAL

Nom : Prénom :

Profession :

Adresse (si différente de celle de l'élève) :

Code postal : Ville :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

E-mail :

DATE, HEURE ET LIEU DE L'ACCIDENT

Le : àheures.

Lieu (indiquez le lieu précis de l'accident) :

TEMPS SCOLAIRE

HORS TEMPS SCOLAIRE (À remplir obligatoirement)

CAUSES ET CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT (OBLIGATOIRE)

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

(Ajoutez éventuellement un croquis des lieux.)

DOMMAGES

1. L'accident a-t-il engendré des frais ?

Frais médicaux et pharmaceutiques

Frais optiques : monture verre(s) monture + verre(s)

Frais dentaires

Arrêt de scolarité de plus de 15 jours

Autre : (précisez)

2. L'élève ou ses parents bénéficient-ils de la Sécurité sociale ou d'un autre régime de base (RSI, MSA, CMU...)? oui non

Si oui, précisez la localité de la caisse : ...

Numéro d'affiliation : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

3. L'élève ou ses parents bénéficient-ils d'une mutuelle ? oui non

Si oui, nom de la mutuelle :

Adresse :

Code postal : Ville :

4. Quelqu'un a-t-il été, directement ou indirectement, la cause de l'accident ? oui non

Si oui, merci de préciser ses coordonnées :

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :
Nom de son assureur :
Adresse :
Code postal : Ville :

DOMMAGES MATÉRIELS OU CORPORELS CAUSÉS A UN TIERS PENDANT UN TEMPS SCOLAIRE

1. L'élève a-t-il causé des dommages ? oui non

Si oui, merci de préciser les coordonnées de la personne concernée :

Nom : Prénom :
Adresse :
Code postal : Ville :

2. Les parents ont-ils une assurance responsabilité civile * ? oui non

* Incluse dans leur contrat Multirisques Habitation.

Si oui, nom de l'assureur :

Adresse :
Code postal : Ville :
Numéro de police :
Nom de l'intermédiaire :
Adresse :
Code postal : Ville :
L'accident a-t-il été déclaré à cette compagnie ? oui non

3. Un véhicule a-t-il été impliqué dans l'accident ? oui non

Si oui, merci de préciser les coordonnées du conducteur :

Nom : Prénom :
Adresse :
Code postal : Ville :
Nature du véhicule (automobile, deux-roues ou autre) :
Immatriculation : Nom de son assureur :
Adresse :
Code postal : Ville :

4. Un constat amiable a-t-il été rédigé ? oui non

5. Les services de police ou de gendarmerie sont-ils intervenus ? oui non

Si oui, merci de préciser ses coordonnées :

Nom : Prénom :
Adresse :
Code postal : Ville :

6. Y a-t-il eu un ou plusieurs témoins ? oui non

Si oui, merci de préciser ses coordonnées :

Nom : Prénom :
Adresse :
Code postal : Ville :

PIÈCES JUSTIFICATIVES À JOINDRE (dès à présent si vous en êtes déjà en possession. À défaut elles vous seront réclamées ultérieurement)

1. Frais médicaux et pharmaceutiques

certificat médical Les décomptes de vos organismes de base et complémentaires

2. Optique

La facture d'achat originale La facture de remplacement Les décomptes de vos organismes de base et complémentaires

3. Soins et prothèses dentaires

Certificat médical du dentiste et décomptes de vos organismes de base et complémentaires

4. Accident avec un véhicule terrestre à moteur

Le constat amiable s'il en a été établi

5. Si l'élève a causé un dommage à un tiers : la réclamation de la victime ou de son assureur ou tout courrier en votre possession.

6. Arrêt de scolarité de plus de 15 jours : certificat médical du médecin

Signatures des parents ou du représentant légal

Fait à :

Le :

Verspieren, vocation client



verspieren.com