

Informations aux parents et à la victime

Nom et Prénom de la victime :

Référence sinistre :

Date de l'accident :

N° de police : 50800370101

Coordonnées du Preneur d'Assurance
(école, groupement, Institution) :

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

L'institution que fréquentait la victime lors de l'accident a souscrit par notre intermédiaire une assurance prévoyant une intervention dans le remboursement des frais médicaux, paramédicaux, d'hospitalisation et de pharmacie qui en résulteront, et ce **APRES INTERVENTION PRIORITAIRE DE VOTRE MUTUELLE** (loi du 9.8.1963).

Nous sommes à votre disposition pour vous aider au maximum dans la récupération de vos débours et en présentant nos meilleurs souhaits de prompt rétablissement, nous vous invitons, afin d'accélérer au maximum la procédure de récupération:

A. En cas de dommages corporels :

1. **Régalez vous-même les notes de frais** qui vous seront présentées par le médecin, la clinique, le pharmacien, ou autres.
2. **Transmettez-nous ensuite par mail à l'adresse : indh@indh-assurances.be:**
 - le relevé d'intervention de la mutuelle ou son refus justifié.
 - les justificatifs et notes de frais non remboursées par la Mutuelle (factures, tickets de pharmacie destinés à un organisme assureur,...).

B. En cas de bris de lunettes :

> **Si réparation** : transmettez-nous :

1. la facture **ORIGINALE** de réparation (pas de copie, pas de devis)
2. le numéro de compte bancaire sur lequel l'indemnité devra être versée.

> **Si remplacement** : transmettez-nous :

1. La note de l'opticien, signée et datée, attestant qu'aucun élément n'est récupérable.
2. La facture d'achat des lunettes cassées.
3. La quittance d'intervention de la mutuelle, renseignant le montant de la facture de remplacement ou la facture de **remplacement originale**, sur laquelle la mutuelle doit indiquer le motif de son refus d'intervention,
4. Le numéro de compte bancaire sur lequel l'indemnité devra être versée.

Bien entendu, le bénéfice des dispositions qui précèdent vous sera acquis dans la mesure où il sera établi que votre accident entre bien dans le champ d'application du contrat et à concurrence des montants prévus au contrat.

Nous sommes à votre entière disposition pour toute information complémentaire.

Déclaration d'accident

Police n° SC 0800 370101

A renvoyer dans un délai raisonnable au destinataire :

IDH - Inspection du Hainaut Rue des Jésuites, 28, 7500 TOURNAI Tel. Sinistre: 069/646.541 - idh@idh-assurances.be	PARTIE RESERVEE A L'Inspection du Hainaut ENS. TECHN. LIEU:
--	--

Nom, adresse et n° de téléphone du souscripteur: (école, groupement, etc.):

.....

Date de l'accident :

Date de naissance de la victime :

VICTIME

Nom et Prénom :

Adresse : rue n°

CP Localité

UNIQUEMENT POUR LES ETABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENTS: ELEVES PERSONNEL

Quel est le type d'enseignement suivi par la victime (biffer ce qui ne convient pas, souligner ce qui convient).

Non technique: maternel et primaire - secondaire - normal - supérieur.

Technique: préciser le type d'enseignement suivi

SI LA VICTIME EST MINEURE D'AGE: nom, prénoms et adresse complète des parents ou responsable:

Professions des parents : Tel.:

Mutuelle et n° d'affiliation:

Nom et adresse du médecin ou de la clinique qui a donné les premiers soins:

..... Tel.:

ACCIDENT

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT: L'accident a-t-il provoqué le décès de la victime? OUI NON

Lieu de l'accident: Heure:

Causes et circonstances de l'accident:

.....

.....

L'accident peut-il être imputé à un tiers ? OUI NON

Dommages causés à un tiers (autre personne) OUI NON

Nom, prénom, adresse du tiers éventuel :

.....

Nom de la Compagnie d'Assurances du tiers:

.....

Nom de la Compagnie d'Assurance du tiers:

S'il y a eu un constat officiel, quelle est l'autorité verbalisante ? Police ou Gendarmerie de:

Fait à, le / /20.....

Signature et qualité

Certificat Médical

(À compléter par le médecin)

Doit être renvoyé dans un délai raisonnable au destinataire :

Nom et Prénom de la victime :	Référence sinistre :
Date de l'accident :	N° de police :
Coordonnées du Preneur d'Assurance (école, groupement, Institution) :	
Jour, heure et endroit du premier examen	
DIAGNOSTIC TRES COMPLET DE L'AFFECTION Signes objectifs : (indiquer très exactement le genre, la nature et la gravité des blessures, les parties du corps atteintes)	
Symptômes SUBJECTIFS accusés par le blessé	
Date et origine des lésions d'après le blessé	
Les constatations objectives rendent-elles vraisemblables ou invraisemblables, l'origine signalée par le blessé, la date indiquée par lui. Dans la négative, sur quelles constatations vous basez-vous ?	
Le blessé peut-il continuer à travailler totalement ou partiellement ?	
Si non, à quelles date a-t-il dû cesser le travail ?	
Quelle sera approximativement la durée du traitement ?	
PRONOSTIC : A - Guérison complète B - Invalidité permanente totale ou partielle C - Décès	
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, radiologiste etc... et pourquoi ?	
Jugez-vous de l'intérêt du blessé ou de la compagnie de faire hospitaliser la victime ? Pourquoi ?	
Observations particulières :	

Fait à, le / / 20.....
Signature du médecin

Nom et adresse et cachet du médecin

RELEVÉ DES DEBOURS

Pour dommages corporels uniquement.

Nom et Prénom de la victime :	Référence sinistre :
Date de l'accident :	N° de police :
Coordonnées du Preneur d'Assurance (école, groupement, Institution) :	

AVIS IMPORTANT

La compagnie d'assurance 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 puisse être envisagée que le dossier soit complet et que vous nous adressiez le présent formulaire dûment complété et signé, en vous conformant scrupuleusement aux formalités définies ci-après:

- **Régalez vous-mêmes les notes de frais** qui vous sont présentées par le médecin, la clinique, le pharmacien.
- **Soumettez ces notes à la mutuelle** et demandez-lui de vous fournir une attestation d'intervention destinée à la compagnie d'assurances mentionnant les remboursements qu'elle a effectués.
- **Transmettez-nous ensuite les attestations d'intervention mutuelle** et les justificatifs de vos frais non remboursés par la mutuelle (factures, notes de frais, tickets de pharmacie,...) par mail : idh@idh-assurances.be

Complétez le tableau ci-dessous qui reprend le récapitulatif des pièces justificatives que vous nous transmettez en annexe :

Type de document (facture, ticket pharmacie, ...)	Date de la prestation ou de la facture	Montant payé	Montant remboursé par la mutuelle	Solde à votre charge	N° de l'annexe

Total : €

Le remboursement de la compagnie d'assurances peut s'effectuer sur :

Compte bancaire : IBAN BIC

Nom et prénom du titulaire du compte :

Adresse : rue n°

CP Localité

Téléphone / E-mail :

Fait à, le / /20..... Signature

