

FORMULAIRE DE DECLARATION « ACCIDENT CORPOREL ELEVE »

Formulaire à retourner par mail, courrier ou fax au Cabinet :

CERIP ASSURANCES GROUPEES
76 BOULEVARD DU 11 NOVEMBRE 1918
69100 VILLEURBANNE

Tél. 04.72.75.97.97 Mail : sinistres@ceripassurances.fr Fax : 04.78.24.69.01

REFERENCES DU DOSSIER

CONTRAT N° 42117429M/0001

DATE DE L'ACCIDENT :

ETAT CIVIL DE LA VICTIME

NOM : PRENOM(S) :
DATE DE NAISSANCE : ADRESSE :

PROTECTION SOCIALE DE LA VICTIME SI LA VICTIME N'EST PAS L'ASSURE(E) SOCIAL(E)

NOM & PRENOM(S) DE L'ASSURE(E) SOCIAL(E) :

LIEN DE PARENTE AVEC LA VICTIME : PERE MERE CONCUBIN(E) CONJOINT(E)

PROFESSION : N° DE TELEPHONE

NOM ET ADRESSE DE LA CAISSE :

N° D'IMMATRICULATION :

LA VICTIME BENEFICIE-T-ELLE D'UNE ASSURANCE MUTUELLE COMPLEMENTAIRE : OUI NON

⇒ SI OUI, NOM & ADRESSE ET N° D'AFFILIATION :

UNE DECLARATION A-T-ELLE ETE FAITE AUPRES DE CETTE MUTUELLE : OUI NON

UN ASSUREUR VERSE-T-IL DES PRESTATIONS POUR VOTRE PREJUDICE CORPOREL : OUI NON

⇒ SI OUI, NOM & ADRESSE DE L'ASSUREUR ET N° DU DOSSIER :

L'ACCIDENT EST-IL SURVENU :

- ⇒ PENDANT LE TEMPS SCOLAIRE
- ⇒ LORS DU TRAJET DOMICILE/ETABLISSEMENT
- ⇒ AU COURS DE SA VIE PRIVEE

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT :

.....
.....

Tournez la page SVP



NATURE DU PREJUDICE DE LA VICTIME

OPTIQUE : FOURNIR LA FACTURE D'ACHAT DES LUNETTES ENDOMMAGEES ET DE RACHAT DES LUNETTES ACCOMPAGNEE DES BORDEREAUX DE REMBOURSEMENT DES ORGANISMES SOCIAUX

CORPOREL :

LA VICTIME A-T-ELLE CONSULTE UN MEDECIN : **OUI** **NON**

BLESSURES SUBIES (*joindre obligatoirement le certificat médical descriptif des blessures*)

.....

.....

HOSPITALISATION : **OUI** **NON** DUREE (*prévue*) :.....JOURS

NOM & ADRESSE DE L'HOPITAL :

.....

↗ n'a subi aucun préjudice

LA VICTIME EST-ELLE GUERIE : **OUI**

↘ a subi un préjudice à évaluer Fournir un certificat médical de guérison

NON FOURNIR UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONSOLIDATION AVEC OU SANS SEQUELLES

AUTRES RENSEIGNEMENTS EN CAS DE RECOURS CONTRE UN TIERS RESPONSABLE

LE TIERS EST-IL GARANTIE POUR SA "RESPONSABILITE CIVILE" : **OUI** **NON**

⇒ **OUI**, NOM & ADRESSE DE L'ASSUREUR :

.....

N° DE CONTRAT :

L'ACCIDENT A-T-IL ETE DECLARE : **OUI** **NON**

Fait à :le.....

SIGNATURE DU REPRESENTANT LEGAL OU DE LA VICTIME MAJEURE :