



37, rue des Murlins BP 1845
45008 ORLEANS Cedex - FRANCE
TEL 332.38.65.44.56 - FAX 332.38.62.90.93
Email : contact@expat-care.com - Site : expat-care.com

Police TOKIO MARINE
35526275

**DECLARATION D'ACCIDENT
ASSURANCE SCOLAIRE
« INTERNATIONAL »**

ETABLISSEMENT :

ELEVE

N° D'ADHESION : _____

NOM et PRENOM :

DATE et LIEU de NAISSANCE :

ADRESSE :

ASSURANCE SOCIALE : OUI NON

ASSURANCE COMPLEMENTAIRE : OUI NON

ACCIDENT

DATE et HEURE : _____ **LIEU de l'ACCIDENT** : _____

CAUSES et CIRCONSTANCES :

NATURE des BLESSURES :

NOM et ADRESSE du MEDECIN

DEGATS MATERIELS AUX TIERS

OUI NON

Si OUI, voir informations au verso

DATE de la PREMIERE VISITE : _____
(joindre le certificat médical de constatation des blessures)

**TEMOINS de l'ACCIDENT
NOM & ADRESSE**

**TIERS
NOM & ADRESSE**

DATE :

SIGNATURE :

CETTE DECLARATION EST INDISPENSABLE POUR PROCEDER

AU TRAITEMENT ET AU REGLEMENT DE VOTRE DOSSIER

RELEVÉ DES FRAIS ACCIDENT

ELEVE

NOM & PRENOM :

SOINS MEDICAUX

DATE DES SOINS	NATURE DES FRAIS	FRAIS REELS EN DEVISE	REGLES PAR (indispensable)
TOTAL :			

Joindre les feuilles de remboursements des organismes sociaux.

➤ L'ACCIDENT PEUT-IL NECESSITER DES SOINS ULTERIEURS ?

OUI NON

DEGATS MATERIELS AUX TIERS :

NATURE ET IMPORTANCE DES DEGATS :

.....

.....

.....

.....

.....

MONTANT DES DEGATS :EUROS ou DEVICES :

**JOINDRE IMPERATIVEMENT LES JUSTIFICATIFS ET/OU FACTURES
AINSI QUE LES REMBOURSEMENTS DES ORGANISMES SOCIAUX
AUCUN REGLEMENT NE POURRA ETRE EFFECTUE EN L'ABSENCE DE CES DOCUMENTS.**

DATE :

NOM & SIGNATURE :