



DÉCLARATION D'ACCIDENT

RÈGLES À RESPECTER POUR QUE VOTRE DOSSIER SOIT GÉRÉ AU MIEUX DE VOS INTÉRÊTS

■ LA DÉCLARATION COMPLÈTE EST À TRANSMETTRE À VOTRE MAE SOUS UN DÉLAI DE 5 JOURS

La MAE vous remercie de renseigner impérativement toutes les rubriques concernées par l'accident. Un accusé réception indiquant votre numéro de dossier vous sera communiqué. Ce numéro devra être rappelé sur toutes pièces et correspondances relatives à votre sinistre.

■ RAPPORT SUR LES CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT :

INDISPENSABLE, même si un procès verbal de police ou de gendarmerie a été établi. Adresser également le cas échéant : témoignages, constat amiable, dépôt de plainte.

■ EN PARTICULIER, VOUS VOUDREZ BIEN JOINDRE LES PIÈCES SUIVANTES :

• EN CAS DE DOMMAGES CORPORELS :

- certificats médicaux en cas d'hospitalisation ou d'examen par un médecin ;
- un relevé d'identité bancaire ou postal.



CERTIFICAT MÉDICAL INITIAL

(à joindre obligatoirement à toute déclaration d'accident corporel)

En cas de lésions dentaires, compléter le certificat au verso.

Références :

Nom et prénom de la victime :

Date de naissance :

Date de l'accident :

Je soussigné, docteur en médecine, déclare avoir examiné le :

M., Mme, Melle, né(e) le

demeurant à

qui m'a déclaré avoir été victime d'un accident le :

Description précise des blessures :

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

La victime a-t-elle été hospitalisée : OUI NON

Lieu de l'hospitalisation :

Si oui, durée prévisible de celle-ci :

L'activité scolaire a-t-elle été interrompue : OUI NON

Si oui, durée de cette interruption :

Des soins sont-ils à prévoir : OUI NON

Durée prévisible de ceux-ci :

Date et signature du praticien :

▶ **PENDANT LA DURÉE DES SOINS CONSÉCUTIFS À L'ACCIDENT :**

- Transmettre obligatoirement les feuilles de soins à la Caisse d'Assurance Maladie dont vous dépendez.
- Renvoyer au fur et à mesure, les originaux de décomptes de Sécurité Sociale ou de tous autres organismes sociaux, à la MAE qui intervient au titre de Mutuelle complémentaire.

▶ **À LA FIN DES SOINS :**

Informez la MAE de la fin des soins avec l'envoi du dernier décompte de Sécurité Sociale, en joignant, le cas échéant, le certificat médical de guérison ou de consolidation.

• **EN CAS DE DOMMAGES MATÉRIELS :**

- Devis ou factures ;
- Copie du livret de famille.

■ **RECOURS CONTRE LE TIERS :**

Le service de la Mutuelle Assurance de l'Éducation entreprend les démarches auprès du responsable et de son assureur en vue d'obtenir l'indemnisation totale ou partielle du préjudice subi, à condition que la responsabilité du tiers soit réellement engagée, ce que la Société se réserve d'apprécier.

CERTIFICAT INITIAL DESCRIPTIF DES LÉSIONS DENTAIRES

(à joindre obligatoirement à toute déclaration d'accident dentaire)

Références :

Nom et prénom de la victime :

Date de naissance :

Date de l'accident :

descriptif des lésions dentaires :

(pour chaque dent, préciser la nature de la lésion)

Pronostic et soins envisagés :

(traitements conservateurs, restaurations provisoires)

Prothèse définitive prévue :

(indiquer : le type, le nombre et l'identification des éléments, la qualité)

Montant du devis - valeur actuelle :

Date approximative prévue pour la restauration prothétique :

Nom et adresse (ou cachet) du praticien :

Date et signature du praticien :

DÉCLARATION D'ACCIDENT

à transmettre dans les 5 jours de survenance de l'accident à



N° FG	Contrats par A
	souscrits par B

DATE ET LIEU		JOUR	MOIS	ANNÉE	Heure Min.
Date					
Lieu de l'événement					
Code Postal			Commune		

Si l'événement est survenu lors d'activités scolaires ou sur le trajet scolaire, merci de compléter les rubriques ci-dessous :

Établissement fréquenté par l'assuré :

Heure de rentrée des cours le jour des faits : Classe :

Heure de sortie des cours le jour des faits :

A - ASSURÉ MAE Code souscripteur : C

Nom majuscules

Prénom majuscules né(e) le

Adresse

Code postal

Commune

Téléphone (assuré majeur)

Représentant légal (père, mère ou tuteur si l'assuré est mineur)

NOM, Prénom

Profession Téléphone

Adresse e-mail :

Dommages subis

- corporels (si oui, joindre certificat médical initial)

Caisse maladie

N° d'immatriculation

Mutuelle complémentaire

- matériels (si oui, joindre devis)

Merci de nous communiquer les coordonnées de votre assurance "Responsabilité Civile - chef de famille" si un tiers est impliqué dans l'événement

Compagnie N° de contrat

Adresse

B - TIERS Adhérent MAE non oui Code souscripteur : C

Nom majuscules

Prénom majuscules né(e) le

Adresse

Code postal

Commune

Représentant légal (à remplir si le tiers est mineur)

NOM, Prénom

Profession Téléphone

Adresse e-mail :

Dommages subis

- corporels (si oui, joindre certificat médical initial)

Caisse maladie

N° d'immatriculation

Mutuelle complémentaire

- matériels (si oui, joindre devis)

Merci de nous communiquer les coordonnées de votre assurance "Responsabilité Civile - chef de famille"

Compagnie N° de contrat

Adresse

Existe-t'il un lien de parenté entre A et B ? Si oui lequel :

C - CIRCONSTANCES PRÉCISES (À COMPLÉTER IMPÉRATIVEMENT)

A était à pied à vélo en car à cyclo* à moto* en voiture* conducteur passager ou

B était à pied à vélo en car à cyclo** à moto** en voiture** conducteur passager ou

*Coordonnées de l'assureur pour A :

**Coordonnées de l'assureur pour B :

En cas d'accident avec tiers, compléter impérativement le verso.

Signature du représentant légal de A ou de l'assuré majeur

Signature du représentant légal de B ou du tiers majeur B

Date de la déclaration

Visa du Chef d'établissement et cachet de l'établissement
(Impératif en cas d'accident scolaire)

