

CERTIFICAT MÉDICAL

Nom et adresse du preneur d'assurance (école, groupement, institution).

.....

.....

.....

À remplir par l'école/le groupement, l'institution:

Nom et prénom du blessé:

Classe/Groupe:

Date de l'accident:

AVIS IMPORTANT: Cet accident vous a occasionné des frais. Veuillez faire compléter ce certificat médical par le médecin qui a examiné votre enfant et y joindre le relevé des débours dûment complété.

A REMPLIR PAR LE MEDECIN (veuillez répondre avec précision aux questions posées ci-dessous)

Jour, heure et lieu du premier examen:

DIAGNOSTIC TRES COMPLET DE L'AFFECTION

Caractéristiques objectives (genre, nature et gravité des blessures, ainsi que la description précise des parties du corps atteintes):

Caractéristiques subjectives évoquées par le blessé:

Date et origine des blessures d'après le blessé:

L'origine et la date des blessures communiquées vous semblent-elles vraisemblables?

Dans la négative, sur quelles constatations vous basez-vous?

Le blessé peut-il continuer totalement ou partiellement ses occupations?

Si non, à quelle date a-t-il dû cesser ses occupations?

Prévision: A - Guérison complète

B - Incapacité permanente totale ou partielle

C - Décès

N'ya-t-il rien chez le blessé qui puisse normalement aggraver les conséquences de l'accident ? Infirmités antérieures:

Des soins constants sont-ils requis ? Où et par qui?

Jugez-vous qu'une hospitalisation de la victime est utile ?

Si oui, pourquoi?

Jugez-vous utile de recourir à l'intervention d'un autre médecin (spécialiste, chirurgien, radiologue, etc.) et pourquoi?

Observations particulières:

Fait àle 20....

Nom et adresse ou cachet du médecin:

Signature du médecin:

Destinataire: DAP SA - Rue du Bergeant 10 - 7900 Leuze-en-Hainaut

E-mail: sinistre.ecole@dap.be

N° de police:

RELEVÉ DES DEBOURS

Nom et adresse du preneur d'assurance (école, groupement, institution):

À remplir par l'école/le groupement / l'institution:

Nom et prénom du blessé:

Classe/Groupe:

Date de l'accident:

AVIS IMPORTANT:

La compagnie d'assurances se réserve toujours le droit d'accepter ou de refuser d'intervenir dans un sinistre. Dans tous les cas, il est obligatoire pour qu'une intervention puisse être envisagée que vous nous adressiez le présent formulaire dûment complété et signé, en vous conformant scrupuleusement aux formalités définies ci-après:

- Vous réglez vous-mêmes les notes de frais qui vous sont présentées par le médecin, la clinique, le pharmacien, les transports ambulanciers.
- Vous soumettez ces notes à la mutuelle et lui demandez de vous adresser une attestation destinée à la compagnie d'assurance mentionnant les remboursements qu'elle a effectués.
- Si vous n'êtes pas affilié à une mutuelle, veuillez uniquement compléter la partie 2 du présent document.
- Si la mutuelle refuse d'intervenir, vous complétez uniquement la partie 2 du présent document et joignez une attestation de la mutuelle motivant son refus.

Les dégâts matériels (vestimentaires, vélo et autres biens matériels) ne sont pas couverts par notre garantie Individuelle Accidents et ne doivent donc pas être repris dans ce décompte.

PARTIE 1

Frais pour lesquels la mutuelle prévoit une intervention

Veuillez joindre une attestation destinée à la compagnie d'assurance mentionnant les interventions effectuées par la mutuelle dans les soins de santé.

PARTIE 2

Frais pour lesquels la mutuelle ne prévoit pas d'intervention

Veuillez compléter ci-dessous les frais encourus et joindre les pièces justificatives originales (**pas de copies**).

Date	Prestataire de soins ou prestation	Montant des frais
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		

Je prie la compagnie d'assurances de régler son intervention par versement au compte financier suivant au nom de

.....

IBAN:

BIC:

Fait à le 20....

Signature (qualité)

Destinataire: DAP SA - Rue du Bergeant 10 - 7900 Leuze-en-Hainaut
E-mail: sinistre.ecole@dap.be