Déclaration d'accident scolaire

Saint-Christophe
MUTUELLE D'ASSURANCES

Partage votre engagement

à faire dans les 5 jours suivants l'accident sur **www.msc-assurance.fr** ou par courrier

Nom de l'établissement : .....
.....
Adresse : .....
.....
Code Postal : |_|_|_|_|_| **Ville :** .....
.....

votre n° de contrat : .....
votre n° de téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Votre adresse mail : .....
.....@.....

1 L'**établissement** est-il sous contrat d'association ?
❒ oui ❒ non

2 L'**accidenté** est : ❒ Élève Classe de .....

3 **CIRCONSTANCES PRÉCISES DE L'ACCIDENT** : .....
.....
.....
.....

Date : ..... Lieu : ..... Heure : .....
TÉMOIN : ❒ oui ❒ non - **si oui** nom, prénom, adresse et qualité : .....
.....
.....

4 **CAUSES**
L'accidenté s'est blessé de son propre fait :

❒ oui ❒ non

5 L'accidenté a été blessé par le fait d'un tiers ou par le fait d'éléments immeubles
Auteur présumé : Nom : .....Prénom : ..... Né le :.....
Qualité : .....
Adresse : .....
L'auteur a-t-il subi des dommages corporels ou matériels ? ❒ oui ❒ non
si oui, précisez : .....
Si accident du fait des immeubles, préciser l'identité du propriétaire : .....
.....

6 **IDENTITÉ DE L'ACCIDENTÉ**
SI L'ÉTABLISSEMENT A OPTÉ POUR UNE FORMULE PARTIELLE, L'ACCIDENTÉ A-T-IL ADHÉRÉ À L'INDIVIDUELLE ACCIDENT DE LA MUTUELLE SAINT-CHRISTOPHE ASSURANCES ? ❒ oui ❒ non
Nom : ..... Prénom : ..... Nom du représentant légal : .....
Adresse : ..... Téléphone : .....
Code postal : ..... Ville : .....

Si conséquences matérielles
(sous réserve de garanties)
Nature des dommages : .....
.....
.....
.....
.....
.....

Si conséquences corporelles *(joindre si possible certificat médical initial)*
Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|
L'accidenté est-il assuré social : ❒ à titre personnel ❒ affilié par ses parents
Complémentaire maladie : ❒ oui ❒ non
Nature et siège des lésions : .....
Y a-t-il eu consultation médicale ? ❒ oui ❒ non
Y a-t-il eu cessation d'activité ? ❒ oui ❒ non durée : .....
Y a-t-il eu hospitalisation ? ❒ oui ❒ non durée : .....
L'accidenté a-t-il repris son activité au jour de la déclaration ? ❒ oui ❒ non

7 En cas d'accident de la circulation, l'accidenté était-il : ❒piéton ❒cycliste ❒autre (préciser) : .....
❒conducteur de cyclomoteur ❒cylindrée (préciser) : .....
Y a-t-il eu rapport de gendarmerie ? ❒ oui ❒ non par quelle brigade : ..... n° de PV : .....
Y a-t-il eu rapport de police ? ❒ oui ❒ non par quelle brigade : ..... n° de PV : .....

conservez une copie de cet exemplaire et adressez l'original à :
Mutuelle Saint-Christophe Assurances - Service Sinistres Scolaires - 277 rue Saint-Jacques - 75256 Paris Cedex 05

DATE ET SIGNATURE :

Qualité et nom du signataire

Société d'assurances mutuelle à cotisations variables, régie par le Code des Assurances - N° SIREN : 775662497
277 rue Saint-Jacques - 75256 Paris cedex 05 - tél : 01 56 24 76 00 - fax : 01 56 24 76 27 - **www.msc-assurance.fr**