

## ■ Déclaration de sinistre

à l'usage des G.C.B. et de leurs membres

Police d'assurance 7.037.630 Ref. : \_\_\_\_\_

Membre (auteur-victime) de l'accident : Nom : \_\_\_\_\_

En caractères d'imprimerie s.v.p.

Prénom : \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ Localité : \_\_\_\_\_

Nom et prénom du chef de ménage : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Police de responsabilité civile existante (ex. R.C. FAM.) compagnie : \_\_\_\_\_ n° : \_\_\_\_\_

Police individuelle accidents, soins de santé existante (ex. Individuelle enfant) compagnie : \_\_\_\_\_ n° : \_\_\_\_\_

Mutuelle Maladie Invalidité : (en cas de dommages corporels subis par un membre des G.C.B.)

- nom et adresse \_\_\_\_\_

- nom et adresse du titulaire du carnet \_\_\_\_\_

- n° d'affiliation \_\_\_\_\_

Lieu de l'accident : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

Y-a-t-il un tiers impliqué dans l'accident ? (responsable-victime)  Oui  Non

Si OUI, nom et adresse : \_\_\_\_\_

S'agit-il aussi d'un membre ? \_\_\_\_\_

Causes et circonstances de l'accident ? \_\_\_\_\_

Est-il arrivé sur le chemin de la réunion ?  Oui  Non

L'accident a-t-il eu des témoins ?  Oui  Non

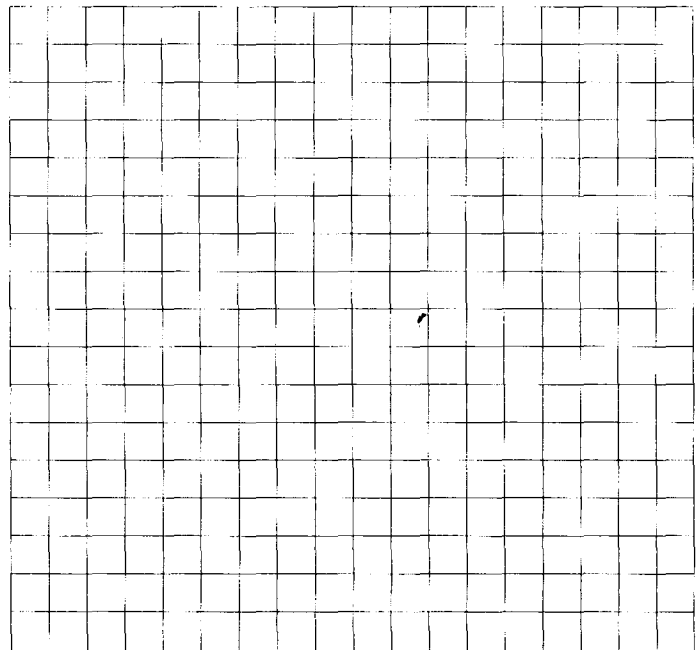
Si OUI, nom et adresse : \_\_\_\_\_

### ■ Renseignements concernant l'autorité verbalisante

A-t-il été dressé procès-verbal ?  Oui  Non

Si OUI, par qui ? \_\_\_\_\_

Croquis des lieux



### ■ Dommages subis

1) Si blessures d'un membre : il est indispensable de faire compléter le certificat repris au VERSO.

2) Si dommage matériel : à détailler et joindre les justificatifs.

Une réclamation a-t-elle été introduite par la victime ou par ses parents ou par un tiers ?  Oui  Non

Si OUI, à quelle date ? \_\_\_\_\_

A qui ? \_\_\_\_\_

Mode de paiement de l'indemnité : (Ass. postale ou compte bancaire) \_\_\_\_\_

Renseignements DE LA SECTION Région de : \_\_\_\_\_

District de : \_\_\_\_\_ Unité n° : \_\_\_\_\_ N° d'affiliation du membre intéressé : \_\_\_\_\_

Nom et prénom de la cheftaine/chef : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ N° tél. : \_\_\_\_\_

N° d'affiliation de la cheftaine/chef : \_\_\_\_\_ Signature de la cheftaine/chef, \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Biffer la mention inutile

Renvoyez endéans les 48 heures

à Philippe LADURON - Assurances - rue Brun 46 - 5300 ANDENNE

## ■ Certificat Medical

A envoyer à la compagnie aussitôt après la première consultation.

MM. les Médecins sont aimablement priés de répondre à toutes les questions posées.

*N.B. - Les frais médicaux et pharmaceutiques sont toujours à charge de l'assuré dans les cas où ils sont couverts par le contrat ; la compagnie en règle le montant, directement à l'assuré conformément aux conditions de la police.*

Le docteur soussigné, \_\_\_\_\_ domicilié à \_\_\_\_\_  
ayant examiné M \_\_\_\_\_ après l'accident qui lui est survenu

le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ heures déclare :

1° Que l'accident a produit les lésions suivantes (caractéristiques des lésions, siège, étendue, diagnostic) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2° Date de la première intervention médicale : \_\_\_\_\_

3° Date prévue pour la guérison : \_\_\_\_\_

4° Que le blessé est soigné :  à l'hôpital  à son domicile  à ma consultation.

Une infirmité permanente est-elle à craindre ?

Oui  Non

Si OUI, en quoi consistera-telle ? \_\_\_\_\_

Estimez-vous qu'il y a lieu de recourir à une radiographie ou une analyse ?  Oui  Non

L'hospitalisation, un traitement spécial ou l'intervention d'un spécialiste s'impose-t-il ?

Oui  Non

La lésion est-elle un effet direct de l'accident due uniquement à une cause fortuite ?

Oui  Non

N'a-t-elle pas été provoquée, facilitée ou compliquée par une maladie ou une infirmité ?

Oui  Non

Avez-vous constaté chez le blessé, à part la lésion, une maladie ou une infirmité quelconque ?

Oui  Non

Si OUI, laquelle ? \_\_\_\_\_

Dans l'affirmative, quelle influence peut-elle avoir sur la marche de la guérison ? \_\_\_\_\_

Le blessé, peut-il vaquer partiellement à ses occupations habituelles ? (1)  Oui  Non

Le blessé peut-il exercer un travail de surveillance ? (1)

Oui  Non

*(1) L'incapacité cesse d'être totale pour devenir partielle dès que le blessé peut se livrer à une partie de ses occupations ou qu'il peut exercer une surveillance. Le fait que le médecin a mission de constater est l'incapacité résultant normalement des lésions mêmes et sans avoir égard à toutes les circonstances (telles que le chômage ou les dispositions personnelles du blessé qui veut travailler malgré ses lésions ou au contraire abandonner un travail qu'il reste capable d'effectuer).*

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

**Signature**