



DECLARATION D'ACCIDENT

La déclaration va être envoyée par l'Etablissement à l'assureur ci-dessous référencé.

Afin de gérer au mieux votre dossier, en cas de demande de remboursement de frais de santé, il faudra leur faire parvenir :

- Le certificat médical ;
- Le décompte de votre régime obligatoire ;
- La fiche d'information ci-jointe ;
- Le décompte éventuel de votre contrat d'assurance santé complémentaire.

Pour plus de simplicité, nous vous conseillons avant l'envoi de vos notes de frais à votre organisme social et, éventuellement, complémentaire, d'annoter le tableau joint.

Selon la nature et la gravité de la blessure, d'autres documents pourront vous être demandés.

La personne de contact chez MMA est :

Alexandra MOIRAUD

Tel : 04.72.83.83.85

alexandra.moiraud@mma.fr

Cabinet de VAUBLANC et GILL

Agents Généraux d'Assurance

N° ORIAS 09052575/09052568 – www.orias.fr

8 Avenue Jean JAURES, 69007 LYON

TEL : 04 72 83 83 83 FAX : 04 72 83 83 84

cabinet.lyon@mma.fr

Institution Sainte Trinité

Etablissement privé catholique d'enseignement sous contrat
Ecole – Collège – Lycée

55, Avenue de Lattre de Tassigny – 13009 Marseille

Tel : 04 91 41 11 98 – Fax : 04 91 41 23 10

Site Internet : www.sainte-trinite.fr / Email : contact@sainte-trinite.fr

DECLARATION D'ACCIDENT

Date de l'accident	
Elève concerné	
Date de naissance	
Classe	
Coordonnées du représentant légal	
Circonstances de l'accident	
Conséquence(s) corporelles(s)	
Tiers impliqué(s) (Nom / prénom)	
Témoins	

Signature des parents :

A Marseille, le

FICHE D'INFORMATION

VOTRE IDENTITE

Nom prénom : Date de naissance :
Adresse :
Tél :

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

Date : Heure : Lieu :
Un tiers est-il impliqué ? OUI NON
Ses nom, prénom :
Les faits :
.....
.....

VOS BLESSURES

Nature et gravité :
Avez-vous été hospitalisé ? OUI NON Du : Au :
Avez-vous subi une interruption d'activité OUI NON Du : Au :
Des troubles persistent-ils ? OUI NON Lesquels ?
Etes-vous guéri(e) ? OUI NON A quelle date ?

VOTRE PROTECTION SOCIALE

Votre régime obligatoire :

-Nom et adresse :
-N° immatriculation :

Votre régime complémentaire :

-Nom et adresse :
-N° immatriculation :

Autres garanties :

-Vous êtes assuré en multirisques Habitation. N° de contrat :
Après de quelle Compagnie (Nom & adresse) :
-Vous êtes titulaire d'une assurance scolaire. N° de contrat :
Après de quelle Compagnie (Nom & adresse) :
-Vous êtes assuré Contre les Accidents de la Vie. N° de contrat :
Après de quelle Compagnie (Nom & adresse) :

Fait le à Signature

FRAIS MEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES

Avant l'envoi de vos notes de frais à votre organisme social et, éventuellement, complémentaire, annotez le tableau ci-dessous.

Ensuite, **joignez l'original** de vos bordereaux de remboursement et justificatifs des frais non remboursés.

Frais réels			Remboursement organisme social	Caisse ou contrat complémentaire	Part personnelle
Date	Nature	Montant			