

**Assurance « Membre »**  
**Déclaration de sinistre**  
Lors d'une activité - 24h

**1. Groupe local / Cercle sportif**

Nom : ..... Province de Namur

**2. La victime**

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Tél. ....

Adresse : .....

**3. Description du sinistre**

Type d'activité : .....

Lieu : .....

Date : ..... Heure : .....

Décrivez le sinistre et les circonstances : .....

.....

.....

.....

Témoins : .....

.....

Tiers responsable(s) éventuellement : .....

Date de naissance du tiers responsable : .....

Dégâts matériels :  oui -  non

Date : ..... Signature de la victime : .....

Cachet du groupe local ou cercle sportif

Le responsable du club local/cercle sportif :

Nom : .....

Signature : .....

**MM. les Médecins sont aimablement priés de ne laisser sans réponse aucune des questions posées**

N.B. : La Compagnie règle le montant qui couvre les frais médicaux et pharmaceutiques, directement à l'assuré, en fonction des conditions de la police.

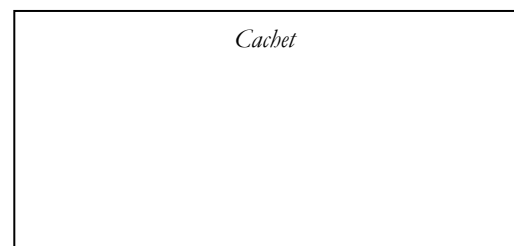
Le docteur soussigné ..... domicilié à .....  
a examiné M. ou Mme ..... après l'accident qui lui est survenu  
le ..... à .....

déclare :

1. L'accident a produit les lésions suivantes (genre et nature des lésions et parties du corps atteintes) :  
.....  
.....
2. Les examens suivants ont été réalisés ou prescrits : .....
3. Ces lésions pourraient amener à des conséquences :  oui       non
4. Ces lésions pourraient amener à une infirmité permanente :  oui       non
5. Le blessé est, à part les lésions constatées, porteur d'une maladie ou infirmité :  oui     non
6. Date de la première intervention médicale : .....
7. Date du début de l'incapacité : .....
8. Date prévue approximativement pour la guérison : .....

Fait à ..... le .....

Signature :



**Ce document et la déclaration de sinistre sont à transmettre ensemble au secrétariat de votre régionale ou à énéoSport**

Groupe local / Cercle sportif : ..... Province de Namur

Relevé des frais relatifs à l'accident du ..... au nom de .....

À faire compléter par la mutualité (ou attestation de la mutualité à annexer)				
N° code prest.	Date	Montant	Interv. mutualité	A récupérer
<b>TOTAUX</b>				

Je soussigné (nom et prénom du délégué) : .....

.....

déclare que la Mutualité est intervenue dans les frais à concurrence des montants indiqués ci-dessus.

Date, signature et cachet de la Mutualité :

À compléter par la victime Frais où la mutualité n'intervient pas Joindre les justificatifs originaux de ces frais !		
Nature des frais	Date	Montant payé
Expl : pharmacie Dupont	30/04/2019	67,50
<b>TOTAL</b>		

Date et signature de la victime :

Somme à verser sur le compte n° .....

Titulaire du compte .....

Tous les documents sont à transmettre au secrétariat de votre régionale Énéo ou à énéoSport Province de Namur.