

Assurance « Voyage »

Déclaration de sinistre

*Lors d'une activité extraordinaire ou
d'un voyage*

Ce sinistre sera étudié uniquement si l'activité extraordinaire ou le voyage a bien fait l'objet d'une demande préalable par le groupe local/cercle sportif.

Groupe local / Cercle sportif Province de Namur

1. Séjour ou act. extraordinaire

Date : Destination :

2. La Victime

Nom Prénom :

Adresse :

Date naissance : Tél. :

3. Description du sinistre

Type d'activité : Lieu :

Date : Heure :

Décrivez le sinistre et ses 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.

Voyage à Pays
Par le Groupe local/cercle sportif

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

déclare :

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

Fait à le

Signature :

Cachet



Assurance « Voyage »
Relevé de frais



C-15/0290.200

Groupe local / Cercle sportif : Province de Namur

Voyage à Pays

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
TOTAUX				

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
<i>Expl : pharmacie Dupont</i>	<i>30/05/2019</i>	<i>17,50</i>
TOTAL		

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.