

(à compléter en cas de dommage corporel et à transmettre à votre secrétariat régional en même temps que la déclaration d'accident)

**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 ..... ayant examiné M. .... après l'accident qui lui est survenu le ..... à ..... déclare :

1. que l'accident a produit les lésions suivantes (caractéristiques des lésions, siège, étendue, diagnostic) :  
.....  
.....
2. que ces lésions ont eu (auront) pour conséquences :  
 une incapacité totale de ..... jours       une incapacité partielle de ..... jours ..... %
3. date de la première intervention médicale : .....
4. date du début de l'incapacité : .....
5. date prévue pour la guérison : .....
6. que le blessé est soigné :  à l'hôpital       à son domicile       à sa consultation

Une infirmité permanente est-elle à craindre ?       oui       non

En quoi consiste-t-elle ? .....  
.....

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 ? .....  
.....  
.....

Fait à ..... le .....

Signature :

*Cachet*

CERCLE DE / DU .....

**1. Club local**

Nom : ..... Localité : .....

**2. La victime**

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Tél. : .....

Adresse : .....

La victime bénéficie d'une assurance privée hospitalisation :

non

oui auprès de la compagnie .....

de la Mutualité .....

**3. Description du sinistre**

Type d'activité : .....

Lieu : .....

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

Circonstances : .....

.....

.....

Témoins : .....

.....

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

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

Cachet du secrétariat régional

Le responsable du club local :

Nom : .....

Signature : .....

Cercle de/du : .....

Police C-11/1530.540/01-B

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

Attestation d'intervention de la mutualité (à faire compléter ou 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 :

Frais où la mutualité n'intervient pas (à compléter par la victime) <i>JOINDRE LES JUSTIFICATIFS ORIGINAUX DE CES FRAIS !</i>		
Nature des frais	Date	Montant payé
TOTAUX :		

Date et signature de la victime :

Somme à verser :

- (\*) au compte n° .....  
de .....
- (\*) par chèque

(\*) biffer la mention inutile

Tous les documents sont à transmettre au secrétariat de votre cercle Énéo.