

## QUELQUES CONSEILS UTILES

ADRESSEZ-NOUS UN DOSSIER COMPLET, CECI EVITERA TOUT RETARD DE TRAITEMENT

### ASSISTANCE MONDE ENTIER

Service ouvert 24 H sur 24 - 365 jours  
Téléphone de France métropolitaine<sup>(1)</sup> : 01 76 62 89 00  
Téléphone de l'étranger : +33 1 76 62 89 00  
BENEFICIAIRE DE CE SERVICE :  
Les élèves ayant souscrit une individuelle accident  
Les enseignants et bénévoles accompagnant une sortie ou un voyage scolaire

(1) coût d'un appel local depuis un poste fixe, selon opérateur.

### TOUTE AUTRE DECLARATION D'ACCIDENT

Service ouvert du lundi au jeudi : 9h - 12h30 / 13h30 - 18h  
le vendredi : 9h - 12h30 / 13h30 - 17h30  
Cabinet VIALLET Assurances (N° ORIAS : 08045781)  
Immeuble Le Century  
1 A, boulevard de la Chantourne - 38700 LA TRONCHE  
Tél : 04 76 51 22 23  
E-mail : viallet@aviva-assurances.com

Au moyen des habituelles feuilles de maladie, vous percevrez les prestations qui vous sont dues auprès de vos caisses d'Assurance maladie et mutuelle/assurance complémentaire santé. A réception des décomptes, vous nous adresserez :

- la déclaration d'accident,
- les bordereaux originaux de vos caisses d'assurance maladie et/ou mutuelle,
- un certificat de votre médecin, spécialiste ou dentiste attestant les blessures,
- pour les bris de lunettes, d'appareil orthodontique, auditif, orthopédique : une attestation médicale n'est pas nécessaire.

### CAS PARTICULIER

Dans le cas d'un bris de dents nécessitant ultérieurement la pose de prothèse, adressez-nous :

- la déclaration d'accident,
- un certificat du dentiste / prothésiste.

Votre dossier sera mis en attente jusqu'à la consolidation.

### AUTRES CAS

Adressez-nous une déclaration d'accident, nous vous informerons par retour du courrier des démarches à suivre.

### PRINCIPALES EXCLUSIONS NE DONNANT DROIT A AUCUNE INDEMNISATION

- les accidents résultant de l'usage, avec ou sans conduite, d'un véhicule à moteur de plus de 125 cm<sup>3</sup>.
- les dommages subis par l'élève par suite de maladie, ivresse, suicide, absorption de stupéfiants ou drogues non prescrits médicalement.
- les accidents causés par l'utilisation d'un bateau à moteur ou d'une arme de chasse.
- les accidents causés par la guerre, les engins de guerre, la radio-activité.
- tout travail professionnel rémunéré de l'élève.
- la pratique des sports suivants n'ayant pas eu au préalable l'accord écrit des assurances scolaires ou n'étant pas pratiqués dans le cadre des cours d'éducation physique : ascension en montagne avec escalade, spéléologie, parachutisme et aviation, jiu jitsu, karaté, boxe et catch, cyclisme derrière moto, chasse et pêche sous-marine.

## ASSURANCES SCOLAIRES

### DECLARATION D'ACCIDENT

A adresser au plus tard dans les 3 mois  
de sa survenance

**DU SOIN AVEC LEQUEL VOUS REMPLIREZ CETTE DECLARATION DEPEND  
NOTRE EFFICACITE. CONSULTEZ LES INDICATIONS QUI FIGURENT AU VERSO.**

Cadre réservé à la Compagnie

Contrat N° ..... Sinistre n° .....

NOM DE L'ENFANT \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ né le \_\_\_\_\_  
(EN LETTRES MAJUSCULES)

Rue \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_  
Tél. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Nom et adresse de l'école fréquentée \_\_\_\_\_

Date de l'accident \_\_\_\_\_ lieu \_\_\_\_\_ heures \_\_\_\_\_

Nom et prénom du chef de famille \_\_\_\_\_

Profession \_\_\_\_\_

Indiquez ci-dessous les circonstances très précises de l'accident :

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

Nom de votre mutuelle / assurance complémentaire santé \_\_\_\_\_

Nom et adresse de votre assureur \_\_\_\_\_ Responsabilité Civile ou Multirisque Habitation du Chef de famille

Coordonnées du Tiers identifié : Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ Tél \_\_\_\_\_

Compagnie d'assurance \_\_\_\_\_ N° contrat \_\_\_\_\_

Joindre à cette déclaration un certificat médical de constatation des blessures.

Date et signature

Je certifie cette déclaration exacte.....

PS : adressez-nous impérativement vos décomptes originaux de remboursement de caisse d'assurance maladie et mutuelle complémentaire santé.

Cabinet VIALLET Assurances  
(N° ORIAS : 08045781)

Immeuble Le Century  
1 A, boulevard de la Chantourne - 38700 LA TRONCHE  
Tél : 04 76 51 22 23

E-mail : [viallet@aviva-assurances.com](mailto:viallet@aviva-assurances.com)