

Certificat Médical de premier constat

(à compléter par le médecin et à envoyer dans un délai raisonnable au destinataire : fsmi@viefeminine.be)

Nom et Prénom de la victime :	Référence sinistre :
Date de l'accident :	N° de police : 5758114825
Coordonnées du Preneur d'Assurance (école, groupement, Institution) : FSMI ASBL - Rue de la Poste 111 - 1030 Bruxelles	ASBL opératrice :

Jour, heure et endroit du premier examen	
DIAGNOSTIC TRES COMPLET DE L'AFFECTION Signes objectifs : (indiquer très exactement le genre, la nature et la gravité des blessures, les parties du corps atteintes)	
Symptômes SUBJECTIFS accusés par le blessé	
Date et origine des lésions d'après le blessé	
Les constatations objectives rendent-elles vraisemblables ou invraisemblables, l'origine signalée par le blessé, la date indiquée par lui. Dans la négative, sur quelles constatations vous basez-vous ?	
Quelle sera approximativement la durée du traitement ?	
PRONOSTIC : A- Guérison complète B - Invalidité permanente totale ou partielle C - Décès	
N'y a-t-il rien chez le blessé qui puisse normalement aggraver les conséquences de l'accident ? Infirmités antérieures :	
Jugez-vous utile de recourir à l'intervention d'un autre médecin (spécialiste, chirurgien, radiologiste etc... et pourquoi ?	
Jugez-vous de l'intérêt du blessé ou de la compagnie de faire hospitaliser la victime ? Pourquoi ?	
Observations particulières :	

Fait à le20...

Nom et adresse et cachet du médecin + Signature du médecin

GESTION DES DONNEES PERSONNELLES :

Soucieux de respecter la nouvelle réglementation GDPR protégeant vos données personnelles et sensibles, ADESIO Assurances asbl, s'engage à protéger vos droits en la matière. Pour plus d'informations, nous vous invitons à consulter notre site internet : WWW.ADESIO.BE



Destinataire : fsmi@viefeminine.be
DOCUMENT A RENVoyer COMPLETE ET SIGNE
ADESIO Assurances ASBL
Chaussée de Marche 604 - 5101 Erpent -Tél. 078/150 154
sinistre@adesio.be - www.adesio.be

Nom et Prénom de la victime :	Référence sinistre :
Date de l'accident :	N° de police : 5758114825
Coordonnées du Preneur d'Assurance (école, groupement, Institution) : FSMI ASBL (groupement)	ASBL opératrice :

INFORMATIONS AUX PARENTS ET A LA VICTIME

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

L'institution que fréquentait la victime lors de l'accident a souscrit par notre intermédiaire une assurance prévoyant une intervention dans le remboursement des frais médicaux, paramédicaux, d'hospitalisation et de pharmacie qui en résulteront, et ce **APRES INTERVENTION PRIORITAIRE DE VOTRE MUTUELLE** (loi du 9.8.1963).

A. En cas de dommages corporels :

1. Transmettez-nous un certificat médical du constat des lésions encourues par la victime le jour de l'accident.
2. Réglez vous-même les notes de frais qui vous seront présentées par le médecin, la clinique, le pharmacien, ou autres.
3. Transmettez-nous ensuite (par voie électronique ou postale) **:
 - le relevé d'intervention de la mutuelle ou son refus justifié.
 - les justificatifs et notes de frais non remboursées par la Mutuelle (factures, tickets de pharmacie destinés à un organisme assureur,.... **Au format PDF¹**)

B. En cas de bris de lunettes :

Transmettez-nous ensuite (par voie électronique ou postale) **:

- **Si réparation** : transmettez-nous :
 1. la facture de réparation (pas de copie, pas de devis)
 2. le numéro de compte bancaire sur lequel l'indemnité devra être versée.
- **Si remplacement complet des lunettes (monture et verres)** : transmettez-nous :
 1. La note de l'opticien, signée et datée, attestant qu'aucun élément n'est récupérable.
 2. Copie de la facture d'achat des lunettes cassées.
 3. La copie de la facture de remplacement, accompagnée du décompte d'intervention détaillé de votre mutuelle ou, à défaut, de son refus motivé.
 4. Le numéro de compte bancaire sur lequel l'indemnité devra être versée.

Bien entendu, le bénéfice des dispositions qui précèdent vous sera acquis dans la mesure où il sera établi que votre accident entre bien dans le champ d'application du contrat et à concurrence des montants prévus au contrat.

Nous sommes à votre entière disposition pour toute information complémentaire.

****Nous nous permettons d'attirer votre attention sur le fait que vous êtes tenus de conserver vos documents originaux à disposition pendant une durée de 5 ANS.**

GESTION DES DONNEES PERSONNELLES :

Soucieux de respecter la nouvelle réglementation GDPR protégeant vos données personnelles et sensibles, ADESIO Assurances asbl s'engage à protéger vos droits en la matière.

¹ Pas de photos – uniquement scan PDF



Destinataire :
DOCUMENT A RENVoyer COMPLETE ET SIGNE
à **ADESIO Assurances ASBL**
Chaussée de Marche 604- 5101 ERPENT -Tél. 078/150154
sinistre@adesio.be - www.adesio.be

RELEVÉ DES DEBOURS (A annexer à vos frais)

Nom et Prénom de la victime :	Référence sinistre :
Date de l'accident :	N° de police : 5758114825
Coordonnées du Preneur d'Assurance (école, groupement, Institution) : FSMI ASBL (groupement)	ASBL opératrice :

AVIS IMPORTANT

La compagnie d'assurance se réserve toujours le droit d'accepter ou de refuser d'intervenir dans un sinistre.

QUE DEVEZ VOUS FAIRE POUR ETRE INDEMNISE(S)

1. Faites établir le certificat médical de premier constat des lésions consécutives à l'accident, au plus tard dans les 8 jours qui suivent le sinistre.
2. Réglez vous-mêmes les notes de frais qui vous sont présentées par le médecin, la clinique, le pharmacien,...
3. Soumettez ces notes à votre mutuelle en réclamant une quittance d'intervention détaillée destinée à la compagnie d'assurances
4. Transmettez-nous ensuite (par voie électronique ou postale)** le présent formulaire dûment complété et signé **AVEC**
 - a) la quittance de votre mutuelle - ce document est indispensable à la gestion de votre dossier !
 - b) vos justificatifs (factures, copie d'attestations de soins, tickets de pharmacie etc. **(au format .PDF¹)**).

****Attention : vous êtes tenus de conserver vos documents originaux à disposition de la compagnie d'assurances pendant une durée de 5 ANS.**

Le remboursement de la compagnie d'assurances peut s'effectuer sur le **COMPTE BANCAIRE** :

IBAN _____ BIC : _____

Nom et prénom du titulaire du compte :

Adresse :

Téléphone / E-mail :

Les données à caractère personnel recueillies, sont traitées par ADESIO Assurances ASBL conformément au RGPD ainsi qu'à toutes les réglementations belges applicables en matière de protection des données. Ces données seront traitées avec la plus grande discrétion et uniquement par les personnes habilitées à le faire. Les obligations d'ADESIO Assurances ASBL en la matière sont détaillées dans notre Charte Vie privée, disponible sur demande et prochainement sur notre site internet : www.adesio.be

Je donne mon accord à ADESIO Assurances ASBL pour le traitement de données personnelles pertinentes pour la gestion du sinistre repris, y compris les données relatives à ma santé et/ou celle de, enfant mineur, dont je suis titulaire de l'autorité parentale, en cas de sinistre survenu à ce dernier.

Fait à le/...../.....

Signature + qualité (père, mère, + Mention lu et approuvé):

¹ Pas de photo – uniquement scan PDF



Destinataire :
DOCUMENT A RENVoyer COMPLETE ET SIGNE
à ADESIO Assurances ASBL
Chaussée de Marche, 604 à 5101 ERPENT -Tél. 078/150 154
sinistre@adesio.be - www.adesio.be