



DENOMINATION OU CACHET DE L'ETABLISSEMENT SCOLAIRE  <b>Ecole Fond Saint-Nicolas/ ND de la Salette</b> 21 Rue du Rempart (Implantation Bd Eisenhower, 59) 7500 Tournai Tél : 069/22 04 31 Fax : 069/68 72 81	<b>IMPORTANT</b> DOCUMENT A RENVOYER COMPLETE ET SIGNE AU:  <b>BUREAU DIOCESAIN D'ASSURANCES</b> <b>INSPECTION DU HAINAUT</b> Place de l'Evêché, 1 7500 TOURNAI Tél : 069/22.67.85 Fax : 069/84.13.69
---	---

POLICE N° 4000 12590 179

Date su sinistre :

VICTIME:	NOM :	Prénoms :
	ADRESSE :	
	DATE DE NAISSANCE :	

**NOTES IMPORTANTES DESTINEES A LA VICTIME**

- 1° - **CE RELEVÉ DOIT ACCOMPAGNER TOUTE DEMANDE D'INDEMNISATION (DOMMAGES CORPORELS ET/OU MATERIELS). SANS CE DOCUMENT, IL NOUS SERA IMPOSSIBLE D'ENVISAGER UNE INTERVENTION.**
- 2° - **AVANT DE NOUS TRANSMETTRE VOS NOTES DE FRAIS, VOUS DEVEZ PAYER CELLES-CI ET PRESENTER LES JUSTIFICATIFS A VOTRE MUTUALITE (POUR LA FRANCE : A VOTRE CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE) QUI COMPLETERA LES RUBRIQUES QUI LUI SONT DESTINEES (PARTIE I).**
- 3° - **MODE DE PAIEMENT : UNIQUEMENT PAR VIREMENT SUR UN COMPTE FINANCIER (PAS DE CHEQUE). VEUILLEZ DONC INDIQUER CI-DESSOUS LE NUMERO COMPLET**

N° DU COMPTE    -         -

NOM DU TITULAIRE :

NOM DE L'ORGANISME FINANCIER :

**PARTIE I - ATTESTATION D'INTERVENTION DE LA MUTUALITE**

La soussigné Mutualité atteste être intervenue dans les frais causés par le sinistre identifié ci-dessus à concurrence des montants suivants :

TYPE	PRESTATIONS NUMERO	DATE	MONTANT REEL DES FRAIS	INTERVENTION MUTUALITE	SOLDE A CHARG DE LA VICTIME

FAIT A \_\_\_\_\_, LE / /19 .  
CACHET DE LA MUTUELLE

SOUS-TOTAL I

**PARTIE II - FRAIS POUR LESQUELS LA MUTUALITE NE PREVOIT PAS D'INTERVENTION OU REFUSE D'INTERVENIR POUR LE MOTIF SUIVANT :**

**POUR CE TYPE DE FRAIS, VEUILLEZ OBLIGATOIREMENT JOINDRE LES ORIGINAUX DES JUSTIFICATIFS DETAILLES.**

TYPE	PRESTATIONS	DATE	MONTANT DES FRAIS

SOUS-TOTAL II