

<b>Nom et Prénom de la victime :</b>	Référence sinistre :
<b>Date de l'accident :</b>	N° de police :
Coordonnées du Preneur d'Assurance (école, groupement, Institution) :	

## 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 PDF<sup>1</sup>**)

### 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.

<sup>1</sup> Pas de photos – uniquement scan PDF

	Destinataire : DOCUMENT A RENVoyer COMPLETE ET SIGNE <b>à ADESIO Assurances ASBL</b> Chaussée de Marche 604- 5101 ERPENT -Tél. <b>078/150154</b> <a href="mailto:sinistre@adesio.be">sinistre@adesio.be</a> - <a href="http://www.adesio.be">www.adesio.be</a>
---	--