

# Quelques conseils utiles

Adressez-nous un dossier complet, ceci évitera tout retard de traitement

## Assistance monde entier

### Service ouvert 24H 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**

### Bénéficiaires de ce service :

- Les élèves ayant souscrit une individuelle accident.
- Les enseignants et bénévoles accompagnant une sortie ou un voyage scolaire.

<sup>(1)</sup> coût d'un appel local depuis un poste fixe en France métropolitaine, selon opérateur.

## Toute autre déclaration d'accident

Service ouvert du lundi au jeudi : 9h - 12h30 / 13h30 - 18h - Le vendredi : 9h - 12h30 / 13h30 - 17h30

### ASSURANCES SCOLAIRES

#### Cabinet VIALLET Assurances

Immeuble Le Century – 1 A, boulevard de la Chantourne - 38700 LA TRONCHE

Tél. : **04 76 51 22 23**

Email : **viallet@abeille-assurances.com**

N° ORIAS : 08045781 - Organisme pour le Registre des Intermédiaires en Assurances (ORIAS) : [www.orias.fr](http://www.orias.fr)

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 de votre caisse d'assurance maladie et/ou de votre/vos mutuelle(s),
- un certificat de votre médecin, spécialiste ou dentiste attestant les blessures,
- pour les bris de lunettes : 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 à 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

# Déclaration d'accident

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

*Du soin avec lequel vous remplirez cette déclaration dépend  
notre efficacité. Consultez les indications qui figurent au verso.*

Cachet établissement

## Cadre réservé à la Compagnie

Contrat N° .....

Sinistre n° .....

Nom de l'enfant ..... Prénom ..... Né le .....

(en lettres majuscules)

Adresse ..... 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 : .....

Votre caisse d'assurance maladie :  Sécurité sociale  Mutuelle agricole  Régime des non salariés  Aucune caisse

Nom et adresse 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 ..... CP [ ][ ][ ][ ][ ] Ville .....

Tél. [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] e-mail .....

Compagnie d'assurance ..... N° de contrat .....

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

Je certifie cette déclaration exacte.

Date et signature : .....

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

## ASSURANCES SCOLAIRES - CABINET VIALLET ASSURANCES

Immeuble Le Century - 1 A, boulevard de la Chantourne - 38700 LA TRONCHE

Tél : **04 76 51 22 23** – E-mail : **viallet@abeille-assurances.com**

Numéro Orias : 08045781 - Organisme pour le Registre des Intermédiaires en Assurances (ORIAS) : [www.orias.fr](http://www.orias.fr)



*En signant cette déclaration, l'établissement scolaire reconnaît avoir obtenu le consentement de l'élève et de ses parents afin de communiquer ses données personnelles, et notamment ses données de santé, à Abeille IARD & Santé. L'établissement scolaire reconnaît avoir informé l'élève et ses parents du traitement de leurs données personnelles (données d'identification et données de santé) par Abeille IARD & Santé dans le cadre de la passation, gestion et exécution du contrat d'assurance scolaire. Il reconnaît avoir porté à leur connaissance la mention d'information «Protection des données personnelles» des Conditions Générales (à la section 10. Vie du contrat), et notamment la possibilité d'exercer leurs droits d'accès, de rectification, de suppression, de portabilité des données, de limitation ou d'opposition au traitement, de donner des directives post-mortem, auprès d'Abeille IARD & Santé à l'adresse [protectiondesdonnees@abeille-assurances.fr](mailto:protectiondesdonnees@abeille-assurances.fr) ou à l'adresse Abeille Assurances – Service Réclamations – TSA 72710 – 92895 Nanterre Cedex 9.*