

**MARSH**

Marsh SA  
Boulevard du Souverain 2  
B-1170 Bruxelles  
tel. +32 2 674 96 83 fax +32 2 674 99 22  
benedicte.masureel@marsh.com  
www.marsh.com

**Déclaration de sinistre  
Individuelle Accident R.A.C.B.**

A adresser à

**S.A. MARSH  
Boulevard du Souverain 2  
B - 1170 BRUXELLES**

Tel.: +32 2 674.91.49  
Fax : +32 2 674.99.30

A l'attention de M. Aubert Leloup

[Aubert.Leloup@marsh.com](mailto:Aubert.Leloup@marsh.com)

**1. Informations générales**

a. Victime

Nom .....  
Adresse .....  
.....

Tel. ....  
Fax .....  
E-mail .....

Numéro du compte bancaire du bénéficiaire .....

TVA 403 276 906 - RC Bruxelles 770 - Inscription OCA 14192

Bureaux  
Uitbreidingstraat 180, B-2600 Antwerpen, tel. +32 3 286 64 11  
Rue des Fories 2 bte 8, B-4020 Liège, tel. +32 4 344 18 44  
Stationsdreef 55, B-8800 Roeselare, tel. +32 51 24 66 77

b. Police :

**!!! Veuillez cocher (X) la police concernée !!!**

Assureur	N° Police	Assuré	X
AXA	730.266.286	Pilotes et Copilotes	
AXA	730.266.390	Regularity Pass et Regularity Pass +	
AXA	730.267.653	Commissaires	
AXA	730.267.656	Officiels	
AXA	730.267.658	Licences Journée / Meeting & Pass Passagers	
AXA	730.267.662	Bénévoles	

c. Nom, adresse et téléphone de la personne à contacter (si différent de la victime)

.....  
.....  
.....

d. Nom et adresse du bénéficiaire de l'indemnité (si différent de la victime)

.....  
.....  
.....

Numéro du compte bancaire du bénéficiaire .....

2. ***Date et heure de l'accident et/ou de la réclamation***

.....

3. ***Lieu du sinistre***

.....  
.....  
.....

4. ***Description détaillée des circonstances du sinistre***

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....



8. *Témoign(s)*

Nom.....  
Prénom.....  
Adresse.....  
Téléphone.....

Nom.....  
Prénom.....  
Adresse.....  
Téléphone.....

Nom.....  
Prénom.....  
Adresse.....  
Téléphone.....

9. *Autres renseignements complémentaires éventuels*

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Fait le.....

Signature

**Afin de vous garantir une gestion rapide du dossier, nous vous remercions de :**

- 1. bien vouloir nous adresser la présente déclaration dûment complétée ainsi que le certificat médical;**
- 2. de mentionner le numéro du compte bancaire du bénéficiaire;**
- 3. de présenter d'abord tous les frais médicaux à la mutuelle.**

## Attestation médicale

(1) Nom, prénom, qualité et adresse

Je soussigné, (1) .....  
en ma qualité de .....  
demeurant à .....

(2) Nom, prénom et adresse du blessé

(2) atteste que .....  
.....  
.....  
a été examiné par mes soins après l'accident, en date du .....  
à ..... h

(3) Indiquez la nature et la gravité des lésions ainsi que les parties du corps touchées (bras cassé, contusion cérébrale, traumatisme des doigts, lésion interne, asphyxie, etc.)

Je certifie  
1. que l'accident a causé les lésions suivantes (3)  
.....  
.....  
.....  
.....

(4) Indiquez les conséquences effectives ou probables de la/ des lésion(s) constatée(s): décès, invalidité permanente totale ou partielle, invalidité temporaire totale ou partielle ainsi que la durée de l'invalidité temporaire.

2. que ces lésions ont/ auront pour conséquence (4)  
.....  
.....  
.....

(5) Le médecin doit déterminer si l'invalidité résulte de la lésion occasionnée, indépendamment de toute autre circonstance.

3. que l'invalidité a débutée/ débutera (5) :  
.....  
.....  
 que l'invalidité totale du travailleur débute le ..... jusqu'au .....  
 que le blessé est capable d'assurer ses tâches professionnelles **actuelles**  
 qu'une adaptation des ses tâches est possible.  
Les restrictions sont:  
.....  
.....  
.....

(6) Indiquez le lieu de traitement.

4. que le blessé a été soigné (6)  
.....  
.....

Fait à ....., le .....

Le médecin,  
(Signature)

**P.S. : L'utilisation de ce document n'est pas obligatoire. En revanche, l'attestation du médecin doit mentionner les données demandées.**

## Attestation médicale de guérison

(1) Nom, prénom et adresse	Je soussigné, (1) .....
(2) Biffer la mention inutile	..... ..... agissant en ma qualité de • médecin traitant du blessé (2) • médecin conseil de l'assureur (2) a examiné en date du .....
(3) Nom, prénom et adresse du blessé	le/la dénommé(e) (3) .....
(4) L'incapacité de travail peut être temporaire ou permanente. En cas d'incapacité partielle, les pourcentages d'incapacité doivent être mentionnés.	..... blessé(e) lors d'un accident survenu le ..... et certifie  1. que l'accident a entraîné l'incapacité temporaire pour les périodes suivantes (4) ..... ..... 2. que le blessé a repris les cours depuis le ..... 3. que le blessé suit un traitement médical depuis le .....
(5) Biffer la mention inutile	3.1. sans lésions subsistantes (5)
(6) Description des lésions subsistantes. Le médecin doit déterminer si les lésions invoquées sont influencées par un état préexistant.	3.2. avec les lésions subsistantes mentionnées ci-dessous, mais qui n'entraînent pas d'incapacité de travail permanente (5) (6) ..... ..... .....
(7) Indiquez le type d'appareil (lunettes, prothèse dentaire, etc.)	4. que la guérison est due à l'octroi des prothèses orthopédiques suivantes, dont l'utilisation a été reconnue nécessaire : (7) ..... .....
	Date:
	Signature:

**P.S. : Une confirmation écrite de guérison rédigée par les parents de la victime ou la victime elle-même suffit.**