



DÉCLARATION DE SINISTRE CONTRAT PROTECTION ENFANTS

NOM du souscripteur : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

N° Police : _____

Nom de l'enfant : _____

Sexe* : M F

Date de naissance : _____

● L'enfant est-il scolarisé ? Oui Non

● S'agit-il d'une **maladie** ?* Oui Non

Date du début de la maladie : _____

● S'agit-il d'un **accident** ?* Oui Non

Date de survenance de l'accident : _____

Est-ce un accident de la circulation ? Oui Non

Si oui, véhicule :

<input type="checkbox"/> automobile	l'assuré était :	<input type="checkbox"/> conducteur
<input type="checkbox"/> moto		<input type="checkbox"/> passager
<input type="checkbox"/> mobylette		<input type="checkbox"/> piéton
<input type="checkbox"/> vélo		

Si non, circonstances :

<input type="checkbox"/> école	<input type="checkbox"/> trajet
<input type="checkbox"/> maison	<input type="checkbox"/> loisirs
	<input type="checkbox"/> autres

En pratiquant un sport, lequel ? : _____

S'agit-il :

<input type="checkbox"/> d'une chute	<input type="checkbox"/> d'un choc
<input type="checkbox"/> d'une coupure	<input type="checkbox"/> d'une brûlure
<input type="checkbox"/> d'une morsure	<input type="checkbox"/> d'une piqûre
<input type="checkbox"/> d'une asphyxie	<input type="checkbox"/> d'une électrocution
	<input type="checkbox"/> autres

* cocher la mention concernée.

