

ARTS²

ÉCOLE SUPÉRIEURE DES ARTS
ACADEMY OF ARTS

ARTS VISUELS

MUSIQUE

THÉÂTRE

Conservatoire royal

Déclaration d'accident

La police d'assurance souscrite par ARTS² couvre les étudiant(e)s pour tout "accident" corporel qui pourrait survenir :

1. Pendant les cours ou travaux pratiques,
2. Sur le trajet direct et normal, aller et retour du domicile, résidence ou logement, au local où s'exercent ces activités,
3. Dans tous les locaux où ils sont appelés pour les besoins des cours et travaux,
4. Pendant les stages, voyages d'études, excursions, etc... effectués en accord avec l'école

Étudiant(e) victime d'un accident, si vous pensez que la police d'assurance de l'école doit intervenir, nous vous demandons, aussi rapidement que possible :

1. De remplir le formulaire de **déclaration d'accident** ci-joint.
2. De faire remplir par votre médecin le **certificat médical** ci-joint.
En cas de **dommages aux lunettes**, de faire remplir par l'opticien, la déclaration est à demander.
3. De renvoyer ces documents :
 1. Soit par **courrier**, au Secrétariat Étudiants, rue de Nimy 7, 7000 Mons.
 2. Soit par **fax** au 065/349 906 (en faisant suivre par courrier les originaux au Secrétariat Étudiants).
 3. Soit par **mail** à l'adresse secretariat.etudiants@artsaucarre.be (en faisant suivre les originaux au Secrétariat Étudiants).
 4. Soit en les déposant au Secrétariat Étudiants durant les heures d'ouverture.

Merci de compléter le formulaire du registre de sécurité, également joint.

Notes :

- *Par précaution, réalisez une copie de vos documents.*
- *L'ensemble du formulaire est aussi disponible sur le site dans la rubrique : RENSEIGNEMENTS PRATIQUES > DOCUMENTS PRATIQUES > DÉCLARATION D'ACCIDENT*
ou
à cette adresse : <http://www.artsaucarre.be/renseignements-pratiques/documents-pratiques/declaration-daccident/>

Numéro de police

C-11/1579784/00

Déclaration Accident Corporel Scolaire

Preneur d'assurance

Victime

Nom et Prénom	ARTS²	
Rue et N° / Boîte :	Rue de Nimy, 7	
Code postal et localité :	7000 Mons	
Téléphone :	+ 32 (0) 65 34 73 77	
Adresse e-mail :	info@artsaucarre.be	@
N° compte bancaire	BE 89 09121205 7385	

VICTIME	
a) Qualité	<input type="radio"/> Professeur <input type="radio"/> Volontaire <input type="radio"/> Etudiant
b) Date de naissance	/ /

ACCIDENT	
a) Lieu de l'accident (ville, village, hameau, lieu de travail, habitation, cour de récréation, etc.)	
b) Jour, date et heure :	
c) Quand l'accident a-t-il été déclaré la première fois?	
d) A qui?	

CAUSE ET CIRCONSTANCES	
Comment l'accident s'est-il produit? (description précise)	

L'accident a-t-il été causé par un tiers ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Si oui, indiquez	Nom et Prénom
	Adresse
Est-il assuré?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Si oui, auprès de quelle compagnie?	N° de contrat ?

S'agit-il d'un accident survenu sur le chemin de l'école ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------

Y a-t-il des témoins oculaires de l'accident ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Dans l'affirmative, indiquez leurs noms, adresses. Joignez leurs déclarations sur une feuille séparée.	

Un procès-verbal a-t-il été établi ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Dans l'affirmative, par quelle autorité ?	
Quand ?/...../.....
	Numéro de P .V . ?

Y a-t-il intervention de :	<input type="checkbox"/> Mutualité <input type="checkbox"/> Assurance accident de travail
----------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------

D'une autre assurance ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Nom et adresse de la compagnie?	
Références ?	

(Seulement à compléter en cas de sinistre aux lunettes)

Devis dégâts aux lunettes fourni à la victime ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
-------------------------------------------------	-----------------------------------------------------

Annexes de la déclaration:	<input type="checkbox"/> attestation dégâts aux lunettes <input type="checkbox"/> Intervention mutualité pour dégâts aux lunettes
	<input type="checkbox"/> autres:

Autres remarques:	
-------------------	--

Attention ! La présente déclaration ainsi que le certificat médical doivent nous être remis dûment complétés dans les HUIT jours qui suivent l'accident.

Protection de la vie privée

Le traitement des données à caractère personnel transmises à Belfius Insurance SA et à leur intermédiaires peut s'effectuer dans le cadre du service à la clientèle, du traitement du risque et de la gestion des contrats et des sinistres. La loi accorde aux personnes que ces données concernent, un droit d'accès et de rectification. Tout renseignement complémentaire est disponible auprès de la Commission de la protection de la vie privée (loi du 8 décembre 1992).

Le soussigné déclare avoir donné tous les renseignements dont il a connaissance à propos de l'accident visé ci-dessus.

Etabli à(lieu), le / / (date)

Signature du déclarant,

CERTIFICAT MEDICAL

du Docteur domicilié à

sur l'état de(victime), blessé le.....

1. Nature des lésions. Description détaillée des lésions (et évolution) depuis l'accident.			
2. La victime était-elle atteinte de lésions ou de maladies qui ont aggravé les suites de l'accident?			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Lesquelles?			
3. a) Y a-t'il eu consultation d'un spécialiste?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Lequel?	
b) La victime est-elle hospitalisée?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Depuis quand?/...../.....
4. Indiquez si la victime est			
<input type="checkbox"/> en incapacité complète de travail <input type="checkbox"/> autorisée à continuer le travail <input type="checkbox"/> autorisée partiellement à continuer le travail			
Quand l'incapacité de travail a-t-elle commencé?	/...../.....	
La durée probable de cette incapacité (le plus précis possible).			
Des suites graves sont-elles à craindre? P.ex. la mort ou une incapacité permanente.			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
En quoi consisteraient-elles ?			
5. Quand a-t-on fait appel pour la première fois à l'intervention d'un médecin?		/...../.....
Lequel?			

Fait et certifié à(lieu), le/...../.....

Signature du médecin (cachet),

Preneur d'assurance :

ARTS²

Numéro de police :

C-11/1579784/00

DEVIS DE DEGATS AUX LUNETTES (à remplir par l'opticien)

Je soussigné Nom:
 Adresse:
 ..

Déclare que les lunettes appartenant à:

Après examen des lunettes, je certifie que les informations complétées sur ce devis reflètent la réalité.

PAIRE DE LUNETTES ENDOMMAGEE

	La monture	Les verres
Marque et type		
Date d'achat/...../...../...../.....
Prix d'achat à cette date		
Nature des dommages		
Réparation possible?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
	Encore utilisable dans une nouvelle monture?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

NOUVELLE LUNETTE

	La monture	Les verres
Marque et type		
Prix		
Y'a-t-il intervention de la mutuelle?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

Fait à

Le

Signature de l'opticien (cachet)

REGISTRE D'ACCIDENTS ET PREMIERS SECOURS**Ce formulaire doit être complété pour tout accident ou incident.**

À remettre au :

Conseiller en Prévention et Sécurité d'ARTS²
Martin Waroux
+32 499 253 305 - conseillersipp@artsaucarre.be**ACCIDENTÉ**

Nom et Prénom :	Coordonnées :
Occupation :	Domaine + Section/Option :

ACCIDENT

Date de l'accident :
Heure de l'accident :
Lieu de l'accident :

FAITS, BLESSURE(S) ET PREMIERS SECOURS

Nature :	Siège :
Sorte de contact :	Agent causal :
Description des faits, premiers secours,...	
<hr/> <hr/> <hr/>	
<input type="checkbox"/> Sur les lieux <input type="checkbox"/> Centre hospitalier ou clinique médicale	

(À laisser vide pour l'enquêteur)

FAITS ENQUÊTÉS	CORRECTIFS EFFECTUÉS

Accidenté_____
Secouriste_____
Enquêteur