DOCUMENT A RENVOYER COMPLETE ET SIGNE

AU BUREAU DIOCESAIN DE LIEGE ASBL

Rue du Vertbois, 27/011 - 4000 LIEGE -Tél. 04/232.71.72

www.bdl.be

NOM ET PRENOM DE LA VICTIME : ……..

DATE DE L'ACCIDENT : ……REF SINISTRE :……..

Etablissement scolaire : ……

N° de police : ……..

ATTESTATION D'INTERVENTION MUTUELLE

A REMPLIR PAR LA MUTUELLE

Le soussigné (nom et prénom)……

……..

déclare que la mutuelle……
est intervenue dans les frais causés par l'accident cité ci-contre à concurrence des montants mentionnés ci-dessous :

A REMPLIR PAR LE TITUTAIRE

Nom et prénom de l'affilié ……..

……

Adresse : ……..

Téléphone : ……..

n° d'inscription mutuelle : ……

Nom des prestataires de soins (médecin, ambulance, clin.)	N° et **date** de la prestation ou de la facture	intervention de la Mutuelle	Montant réel des frais	solde à charge de l'affilié	Frais phamaceutiques (joindre pièces justificatives (Mod 704 F.))

Signature du délégué et cachet de la Mutuelle

Le soussigné prie la compagnie d'assurances de bien vouloir régler le montant de son intervention par virement au compte n°

Le ……20…

Date et signature

Important: A ce document doivent obligatoirement être annexés les originaux des factures, attestations de soins et reçus détaillés de tous les frais réclamés ci-dessus.