

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

A REMPLIR PAR LE TITUTAIRE

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 :

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° _____ - _____ - _____

Le20...

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.