



Ecole - Collège - Lycée

BUSTA ASSURANCES
Sinistres OGEC
9 avenue Rapp
75007 Paris

Contrat : 58375971
Compagnie : ALLIANZ

Déclaration de sinistre

Parents

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ CP : _____ Ville : _____

Tél : _____ Mail : _____

L'assuré

Nom de l'enfant : _____ Prénom : _____

Ecole fréquentée : _____

Date de naissance : _____ Classe : _____

L'accident

Date de survenance : _____ Heure : _____ Lieu : _____

Nature des blessures et/ou dommages : _____

Circonstances de l'accident : _____

Fait à _____ le _____

Signature des parents

Merci de nous faire parvenir par fax 01 45 50 40 94, par mail assurances@busta.fr dans un délai de 48 heures après l'accident, tous les documents nécessaires à la gestion de votre dossier (factures, photos, dépôt de plainte...)