

**DECLARATION D'ACCIDENT**

**Assurance contre les Accidents Corporels**





Intermédiaire n° : \_\_\_\_\_  
 Nom : \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_  
 Référence : \_\_\_\_\_

## DECLARATION D'ACCIDENT

Contrat n° \_\_\_\_\_

### Assurance contre les Accidents Corporels

#### PRENEUR D'ASSURANCE

Nom - Prénoms			Date de naissance
Rue			N°
Code postal		Localité	Bte
N° compte bancaire : _____ - _____ - _____			Etat-Civil
N° registre national		Profession :	Téléphone :
			N° entreprise

#### L'ASSURE / BENEFICIAIRE

Nom - Prénoms			Date de naissance
Rue			N°
Code postal		Localité	Bte
N° compte bancaire : _____ - _____ - _____			Etat-Civil
N° registre national		Profession :	Téléphone :
			N° entreprise

#### CIRCONSTANCES

Date : ..... Jour : ..... heure de l'accident : ..... Avant-midi  Après-midi   
 Lieu : .....  
 Version des faits : .....

#### INDEMNITE

Pouvez-vous bénéficier d'une autre indemnité  
 - Mutualité : GROS et pour TOUS RISQUES .....  
 - Autre assurance : quelle compagnie, quel numéro de contrat, .....  
 pour quels montants, quelles garanties ? .....

#### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE TIERS

SI L'ACCIDENT EST CAUSE PAR UN TIERS

1. Quels sont vos dommages corporels	3. L'estimez-vous responsable ? Pourquoi ?
2. Qui vous les a causés ? (Nom, prénom, domicile)	4. Avez-vous envoyé, à lui ou à son assureur, une lettre recommandée ? (Mise en demeure) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Est-il assuré ? Par qui ?	5. Vous est-il <input type="checkbox"/> apparenté <input type="checkbox"/> à votre service ?

#### TEMOINS ET AUTORITES

TEMOINS (Nom, prénom et adresse) 1. ....  
 2. ....

AUTORITE VERBALISANTE : Procès-verbal dressé par  Police  Gendarmerie Localité : .....  
 Date : ..... / ..... / ..... N° de P.V : .....

La personne accidentée a-t-elle subi une prise de sang ou un autre test d'alcoolémie ou de drogue  OUI  NON  
 Quel en était le résultat ? .....

Y a-t-il eu refus de sa part de subir ce test ou cette prise de sang ?  OUI  NON

#### DECLARATION

Le soussigné certifie que les renseignements ci-avant sont conformes à la réalité.

Fait à ..... le .....  
 Le souscripteur ou le bénéficiaire

# CERTIFICAT MEDICAL

## LE MEDECIN

Le soussigné, docteur en médecine : .....

déclare avoir examiné le : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] à [ ] [ ] [ ] [ ] heures le nommé : .....

## LE PATIENT

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

Date de naissance : .....

## LE DIAGNOSTIC

Origine :  Accident  Maladie

Survenu le : .....

Lésions-Symptômes : .....

Conséquences :  Pas d'incapacité de travail.

Incapacité temporaire totale du ..... au .....

Incapacité temporaire partielle de ..... % de ..... jours à partir du ..... au .....

..... % de ..... jours à partir du ..... au .....

..... % de ..... jours à partir du ..... au .....

Décès du patient.

Incapacité permanente de ..... % consistant en .....

## AUTRES INDICATIONS

- Le patient  peut  ne peut pas se livrer à ses occupations régulières  
 a été soigné  à son domicile  
 chez le médecin  
 à la clinique

de ..... Durée probable de l'hospitalisation : ..... jours.

porte  ne porte pas de plâtre. Durée : ..... jours.

- Aux dires du patient l'origine de l'accident (ou de la maladie) est due à :  
.....

- Les prédispositions, maladies, infirmités existant antérieurement à l'accident (ou à la maladie) et qui pourraient aggraver les conséquences de celui-ci sont :  
.....

- Il paraît nécessaire :

de faire intervenir un spécialiste

d'exécuter une radiographie

d'hospitaliser le patient.

- Observations :  
.....  
.....



### Avertissement

Toute escroquerie ou tentative d'escroquerie envers l'entreprise d'assurances entraîne non seulement la résiliation du contrat d'assurance, mais fait également l'objet de poursuites pénales sur la base de l'article 496 du Code pénal. En outre, l'intéressé peut être repris dans le fichier du groupement d'intérêt économique **Datassur**. En vertu de la loi sur la protection de la vie privée, il en sera informé et aura, le cas échéant, la possibilité de faire rectifier les informations le concernant.

Fait à ....., le .....

Signature et cachet du médecin

La Loi relative au traitement de données à caractère personnel du 8 décembre 1992 est d'application sur le traitement des données collectées par la présente. Dans la mesure où un tel traitement est indispensable, le soussigné donne par la présente son consentement quant au traitement confidentiel des données médicales hors la responsabilité d'un professionnel des soins de santé. Le traitement est effectué par et sous la responsabilité de Generali Belgium SA, Avenue Louise, 149 à 1050 Bruxelles (et par Europ Assistance SA, Bld du Triomphe, 172 à 1160 Bruxelles ainsi qu'Informex SA, Rue de Genève, 4 à 1140 Bruxelles) et exclusivement pour les finalités suivantes : évaluation du risque assuré, gestion de la clientèle, émission et gestion des contrats d'assurance, gestion de sinistres, établissement de statistiques et promotion. Les données médicales et financières peuvent être transmises à la société mère et ses *Trust Companies* pour les finalités précitées et les données personnelles peuvent être transmises au service «fichiers» de Datassur GIE, square de Meeûs 29 à 1000 Bruxelles ou à un réassureur, un courtier, un expert ou un conseil qui agit dans les finalités précitées. Le soussigné a un droit d'accès et de correction de données (incorrectes) ainsi que le droit de s'opposer gratuitement au traitement des données à caractère personnel à des fins de marketing direct. La demande devra être adressée à la Cellule Vie Privée de Generali Belgium. Le soussigné autorise tout médecin et les autres personnes interrogées par le service médical ou par le médecin conseil de Generali Belgium à communiquer confidentiellement, toutes les informations d'ordre médical provenant des médecins consultés par le soussigné dont ils pourraient avoir besoin. En outre le soussigné donne expressément son accord pour que la cause du décès soit transmise au médecin conseil et plus spécifiquement si celui-ci résulte ou non d'une euthanasie.

Je consens en particulier à ce que l'assureur traite les informations médicales hors le contrôle et la responsabilité d'un professionnel des soins de santé et à transmettre le cas échéant, les informations médicales à un médecin désigné par l'assureur ou à l'attention du service médical de l'assureur.

Date : le ..... / ..... / .....

(signature)