

# Déclaration ACCIDENT CORPOREL

Numéro du contrat : \_\_\_\_\_

Nom Rue et numéro : Code postal et localité : Téléphone : Fax : IBAN-nr	Preneur d'assurance N° PSI <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Victime
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____

**VICTIME**

a) Profession : \_\_\_\_\_

b) Date de naissance : \_\_\_\_\_

c) Etat civil : \_\_\_\_\_

d) Composition de la famille : \_\_\_\_\_

e) Profession et régime de travail du partenaire de la victime : \_\_\_\_\_

**ACCIDENT**

a) Lieu de l'accident : \_\_\_\_\_  
(Ville, village, hameau, atelier, habitation, cour, etc.) \_\_\_\_\_

b) Jour, date et heure : \_\_\_\_\_

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

a) La victime exerçait-elle une activité professionnelle au moment de l'accident ? Dans l'affirmative, laquelle ?	a)
b) La victime a-t-elle continué à vaquer à ses occupations ? Dans l'affirmative, jusqu'à quelle date ?	b)
c) L'accident a-t-il été causé par un tiers ? Indiquez les nom, prénom et l'adresse de ce tiers. Est-il assuré ? Dans l'affirmative, auprès de quelle compagnie ? Numéro du contrat ?	c)
d) S'agit-il d'un accident survenu sur le chemin du travail ?	d)
Y a-t-il eu des <b>témoins</b> oculaires de l'accident ? Dans l'affirmative, indiquez leurs nom et adresse et joignez leur déclaration sur une feuille séparée.  Un <b>procès-verbal</b> a-t-il été établi ? Dans l'affirmative, par quelle autorité ? A quelle date ? Numéro du PV ?  Un alcooltest ou une prise de sang ont-ils été pratiqués ? Sur qui ? Résultats ?	
Y a-t-il eu intervention de la mutuelle ? De l'assureur Accidents du travail ? De l'école ? D'un autre assureur ? Nom et adresse de ces assureurs ? Références ?	

**(A remplir uniquement pour les déclarations RC/PJ)**

A compléter si la victime est mineure d'âge : Parents ou tuteur : nom et prénom + adresse

**Salarié** : nom et adresse de l'employeur \_\_\_\_\_

**Indépendant ou profession libérale** : A combien s'élève votre revenu annuel ? \_\_\_\_\_

Avez-vous subi d'autres dommages (vêtements, objets personnels, autres) ? \_\_\_\_\_

non  oui: donnez-en une énumération sur une feuille séparée et joignez les justificatifs

**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 vos données à caractère personnel**

Information

Belins SA (connue sous la marque et le nom commercial "Les AP") et, le cas échéant, votre intermédiaire d'assurances, traitent vos données à caractère personnel à différentes finalités, dont la conclusion et l'exécution de contrats d'assurance, le respect des obligations légales, l'évaluation de la relation clientèle, le marketing direct et la lutte contre la fraude. Ces données ne sont pas conservées plus longtemps qu'il ne faut pour le traitement pour lequel elles ont été collectées.

Vos données à caractère personnel relatives aux finalités précitées peuvent également être communiquées aux sociétés liées à Belins SA et à des prestataires de service spécialisés, comme des experts, des réparateurs, des entreprises de réassurance et Datassur GIE.

Vous avez le droit de consulter vos données à caractère personnel dont nous disposons et, le cas échéant, de les faire rectifier ou supprimer. Vous pouvez aussi demander de transférer certaines de ces données à un tiers ou directement à vous-même. En outre, vous pouvez demander de limiter le traitement.

Pour le traitement des données à caractère personnel pour lequel vous avez donné votre consentement, vous avez le droit de retirer votre consentement à tout moment, sans porter préjudice à la légitimité du traitement sur la base du consentement donné avant son retrait.

Droit d'opposition

Vous avez le droit de vous opposer au traitement de certaines données à caractère personnel et de vous opposer à tout moment à l'utilisation de vos données à caractère personnel à des fins de marketing direct.

Vous trouverez de plus amples informations sur le traitement de vos données à caractère personnel, les finalités du traitement et l'exercice de vos droits dans la Charte sur la vie privée des AP. Cette charte est disponible auprès de votre intermédiaire d'assurances et peut également être consultée sur [www.lap.be/chartevieprivee](http://www.lap.be/chartevieprivee).

**AUTORISATION**

**Par la présente, vous autorisez le traitement des données relatives à votre santé lorsque ces données sont nécessaires à la conclusion et l'exécution du contrat d'assurance. Ces données peuvent uniquement être traitées par le médecin-conseil, votre intermédiaire d'assurances et les collaborateurs des AP, dans la mesure où ils sont chargés d'une ou plusieurs tâches en rapport avec les finalités précitées, et par des tiers éventuels dont l'intervention est nécessaire dans le cadre de l'exécution des tâches précitées. Par la présente, vous autorisez le médecin traitant à transmettre, après votre décès éventuel, un certificat établissant la cause du décès au médecin conseil des AP.**

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 \_\_\_\_\_ blessé le \_\_\_\_\_ (date)

1. Nature des lésions. Description détaillée de l'évolution des lésions depuis l'accident.	
2. La victime était-elle déjà atteinte de lésions ou de maladies qui ont aggravé les suites de l'accident? Lesquelles?	
3. a) Y a-t-il eu consultation d'un spécialiste? Lequel? b) La victime est-elle hospitalisée? Depuis quand?	3. a) _____ b) _____
4. Indiquez : a) 1- si la victime est en incapacité totale de travail. 2 - si elle est autorisée à vaquer totalement ou partiellement à son activité habituelle. b) Quand l'incapacité de travail a-t-elle commencé? c) La durée probable de cette incapacité (le plus exactement possible). d) Si des suites graves sont à craindre pour l'avenir, p.ex. la mort ou une incapacité permanente. En quoi cette dernière consisterait-elle?	4. _____ a) 1. _____ 2. _____ b) _____ c) _____ d) _____
5. a) Quand a-t-on fait appel pour la première fois à l'intervention d'un médecin? b) Lequel?	5. a) _____ b) _____

Fait et certifié exact à \_\_\_\_\_ (lieu) , le \_\_\_\_\_ (date)

Signature du médecin,

**Réservé au conseiller des AP :**

- Le certificat médical fait défaut. L'assuré dispose/ne dispose pas d'un questionnaire médical.
- Autres remarques :

**Références du conseiller .....**

L'assurance met toute sa vigilance à dépister les tentatives de fraude...



...en revanche, vous qui êtes de bonne foi, vous pouvez compter sur nous.

Pour ne pas payer inutilement pour les autres, aidez-nous à prévenir les abus.