

Formulaire DOMMAGES CORPORELS

FORMULAIRE BLESSURES

(à compléter par la victime)

Numéro du contrat :

IDENTITÉ de la victime (nom de famille suivi du prénom)

N° PSI

Numéro du sinistre :

Rue _____ Numéro _____ Boîte postale _____ **Date du sinistre :**
Code postal _____ Localité _____ Numéro de téléphone _____
Numéro IBAN _____ BIC-code _____ Date de naissance _____ Lieu de naissance _____ Etat civil _____
e-mail _____ H F

Composition de la famille célibataire marié(e) isolé
 couple non marié divorcé(e) veuf(ve)

	Nom/prénom	date de naissance	résident	à charge
- époux(se)/partenaire			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
- enfants:			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
- parents:			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

ACTIVITÉ(S) PROFESSIONNELLE(S)

Statut salarié:

Nom et adresse de l'employeur:

Profession _____ Revenus: Salaire mensuel: _____ régime de travail: _____
 Salaire horaire: _____ heures par semaine: _____
 Chèques repas: _____
 primes éventuelles: _____
Profession de l'époux(se) _____ à temps plein à temps partiel: _____ %

Statut indépendant(e):

Nom commercial : _____ Depuis: _____
 profession principal profession complémentaire
Description de l'activité/Genre d'entreprise:

Nombres d'employés: _____ Aidants membres de famille: _____
Avez vous été remplacé? oui non
Avez vous subi une perte de revenus ? oui non
Revenus mentionnés sur la déclaration fiscale: _____
Autre(s) activité(s) lucrative(s) (allocations de chômage/mutualité, étudiant, pension,) : Description de l'activité, et revenus éventuels ::

NATURE DE L'ACCIDENT

Situation au moment de l'accident: conducteur passager cycliste piéton

Nature: accident privé accident dans le cadre de la profession accident sur le chemin du travail/de l'école

Organismes ou assurances intervenant (pouvant intervenir) dans l'accident

Mutuelle (nom+N° de membre):

Assureur Loi (nom+N° dossier):

Assurance scolaire (nom+N° dossier):

Assurance Hospitalisation (nom+N° dossier):

Assurance accidents corporels (nom+N° dossier):

Assurance Respons. Civile (nom+N° dossier):

Assurance Protec. Juridique (nom+N° dossier)

Autre(s):

DOMMAGES CORPORELS

Description de la nature des blessures:

(joignez une attestation médicale)

Période d'incapacité de travail: jusqu'au

Avez-vous été hospitalisé suite à l'accident? oui non --> Si oui, à quel endroit?

Période d'hospitalisation: jusqu'au

Avant l'accident, aviez-vous recours à une aide ménagère? oui non

Suite à l'accident, une assistance dans le ménage ou autre est-elle requise ? Dans l'affirmative, voudriez-vous décrire ses activités?

DOMMAGES MATÉRIELS

Avez-vous, à l'exception des dommages à votre véhicule, subi d'autres dommages matériels? oui non

Si oui, veuillez donner une description, la valeur et la date d'achat des biens endommagés + documents justificatifs (veuillez conserver les biens pour une expertise éventuelle!)

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.

CERTIFICAT MEDICAL

A remplir par votre médecin

N° de dossier :

Le soussigné, docteur en médecine,

Nom et adresse:

déclare que

Nom et prénom :

Adresse :

a été victime d'un accident le (date)

à (lieu)

CONSÉQUENCES DE L'ACCIDENT

- Première consultation en rapport avec l'accident (date) _____ heure :
- Description de la nature des blessures :

- Sont les lésions d'origine traumatique et en relation avec l'accident? oui non
- L'accident a-t-il aggravé une maladie préexistante? oui non
- Quel traitement avez-vous appliqué

Durée probable

- La victime a-t-elle été hospitalisée? oui non
Si oui, du _____ au _____ inclus
- Le blessé doit-il garder la chambre ou rester alité? oui non
Si oui, du _____ au _____ inclus
- La victime est encore en traitement
 guérie depuis le _____
- La victime est-elle temporairement dans l'impossibilité d'exercer ses tâches quotidiennes (travail, études, tâches ménagères, ...)? oui non
Périodes et pourcentages d'incapacité :
du _____ au _____ inclus à _____ %
du _____ au _____ inclus à _____ %
du _____ au _____ inclus à _____ %
du _____ au _____ inclus à _____ %
- Le rétablissement complet de la victime est-il prévu ? oui non
Si oui, le _____
- Une invalidité/incapacité permanente est-elle envisagée oui non

Informations complémentaires :

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 Dafassur 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.

Fait le (date)

à

Signature et cachet du médecin

FORMULAIRE BLESSURES

à remplir par la victime)

N° de dossier :

Je soussigné, (nom, prénom et adresse en toutes lettres)

autorise expressément mon assureur, en vertu de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel et de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, à traiter et transmettre aux tiers l'intégralité de mes données et rapports médicaux. Cela en vue d'assurer une gestion fluide du dossier en rapport avec l'accident du

Les données à caractère personnel recueillies au moyen du présent document sont traitées en vue des finalités suivantes : la gestion du sinistre repris sous rubrique, en particulier la constatation et l'évaluation du dommage corporel encouru par le soussigné ou la personne qu'il représente ; la détection et la prévention de la fraude ; le traitement à des fins statistiques.

A ces seules fins, elles peuvent être, si nécessaire, communiquées à d'autres entreprises d'assurances concernées par l'indemnisation du dommage corporel du soussigné ou de la personne qu'il représente, à leur représentant en Belgique, à leur correspondant à l'étranger, à leurs réassureurs, à leur bureau de règlement de sinistres, à un expert, à un avocat, à un conseil technique, à l'intermédiaire d'assurances du soussigné ou de la personne qu'il représente et, plus généralement, à toute personne ou entité qui exerce un recours ou contre qui un recours est exercé en relation avec le dommage corporel visé ci-avant.

Le soussigné donne son consentement au traitement des données relatives à sa santé ou celle de la personne qu'il représente lorsqu'elles sont nécessaires à la gestion du sinistre repris sous rubrique. Le soussigné donne son consentement à ce que le traitement des données relatives à sa santé ou celle de la personne qu'il représente puisse être effectué en dehors de la responsabilité d'un professionnel des soins de santé. Le soussigné donne son consentement à un éventuel examen médical.

Les dites données relatives à la santé sont traitées avec la plus grande discrétion et uniquement par les catégories de personnes habilitées à le faire.

Les personnes concernées peuvent prendre connaissance de ces données et, le cas échéant, les faire rectifier au moyen d'une demande datée et signée accompagnée d'une photocopie recto verso de la carte d'identité, adressée à l'assureur qui les a interrogées. De plus amples informations peuvent également être obtenues auprès de cet assureur.

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.

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.

Fait à _____ le _____

Signature

(précédée de la mention 'lu et approuvé')