

A envoyer par e-mail (claims@belins.be)
toujours en mentionnant le numéro de police.

Numéro du contrat :

	Preneur d'assurance	Victime
Nom Rue et numéro : Code postal et localité : Téléphone : E-mail : N° de compte bancaire		

VICTIME a) Profession :
b) Date de naissance :
c) Etat civil :

ACCIDENT a) Lieu de l'accident :
(Ville, village, hameau, lieu de travail, 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 ? Si oui, laquelle ?	a)
b) La victime a-t-elle continué à travailler ? Si oui, jusqu'à quelle date ?	b)
c) L'accident a-t-il été causé par un tiers ? Indiquez le nom, prénom et l'adresse de ce tiers. Est-il assuré ? Si oui, auprès de quelle compagnie ? Numéro du contrat ?	c)
d) S'agit-il d'un accident survenu sur le chemin du travail ?	d)
Des témoins ont-ils assisté à l'accident ? Si oui, indiquez leurs nom et adresse et joignez leur déclaration sur une feuille séparée. Un procès-verbal a-t-il été établi ? Si oui, par quelle autorité ? A quelle date ? Numéro du PV ? Un test sanguin ou un test d'alcoolémie a-t-il été effectué ? Sur qui ? Résultats ?	
Y a-t-il eu intervention de la mutuelle ? De l'assurance hospitalisation ? De l'assureur Accidents du travail ? De l'école ? D'un autre assureur ? Nom et adresse de ces assureurs ? Références ?	

Vos vêtements ont-ils été endommagés lors de l'accident ?

non oui, veuillez nous fournir un récapitulatif sur une feuille séparée et joindre les pièces justificatives (factures des vêtements endommagés).

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 personnelles

Les données à caractère personnel qui sont recueillies sont traitées par Belfius Assurances en tant que responsable de leur traitement. Ce traitement se fait en vue des finalités suivantes : la gestion du ou des sinistres 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, et le traitement à des fins statistiques.

A ces seules fins, les données 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 leurs représentants en Belgique, à leurs correspondants à l'étranger, à leurs réassureurs, à leurs bureaux 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.

La base juridique du traitement de données est constituée par le contrat d'assurance (Protection juridique (PJ), Responsabilité civile (RC) ou tout autre contrat) ainsi que par l'obligation qui découle du contrat d'assurance pour l'entreprise d'assurance d'indemniser, le cas échéant, les victimes de dommages corporels à la suite du ou des sinistres repris sous rubrique.

Dans l'hypothèse où le consentement ne serait pas donné, l'entreprise d'assurance se trouverait dans l'impossibilité de donner une suite à la présente demande d'intervention.

Le traitement se fonde en outre sur l'intérêt légitime de l'entreprise d'assurance de prévenir la fraude à l'assurance et d'élaborer des statistiques.

Les données traitées sont conservées par l'entreprise d'assurance pendant la durée de la gestion du sinistre, qui sera adaptée chaque fois que les circonstances l'exigent. Cette durée sera prolongée par le délai de prescription afin que l'entreprise d'assurance puisse faire face aux éventuels recours qui seraient engagés après la clôture du dossier sinistre.

Les personnes concernées peuvent prendre connaissance des 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'entreprise d'assurance destinataire du présent document. Lesdites personnes peuvent en outre, selon les mêmes modalités, et dans les limites prévues par le Règlement général sur la protection des données, s'opposer au traitement de données ou demander la limitation de celui-ci. Elles peuvent aussi demander l'effacement ou la portabilité des données les concernant.

De plus amples informations sur le traitement de vos données à caractère personnel, les finalités du traitement et l'exercice de vos droits se trouvent dans la Charte sur la vie privée de Belfius Insurance SA et de Belfius Banque SA. Cette Charte est disponible dans nos agences Belfius et peut également être consultée sur www.belfius.be/privacycharter.

Autorisation relative au traitement de vos données médicales :

En cochant cette case, le soussigné donne son consentement au traitement des données relatives à sa santé ou celle de la personne qu'il représente comme exposé ci-dessus lorsque ses données sont nécessaires à la gestion du sinistre repris sous rubrique. Le soussigné donne son consentement à un éventuel examen médical.

Ce consentement peut être retiré à tout moment. Toutefois, en cas de retrait du consentement, l'entreprise d'assurance concernée se trouverait dans l'impossibilité de donner une suite à la présente demande d'intervention.

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

Date

signature de la victime ou de son représentant

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

au sujet de l'état de santé 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 continuer totalement ou partiellement 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
Signature du médecin,

(lieu) , le

(date)