

**DECLARATION D'ACCIDENT**

Assurance contre les Accidents Corporels

Intermédiaire n° :

Nom :

Téléphone :

Référence :

**DECLARATION D'ACCIDENT****Assurance contre les Accidents Corporels**

Contrat n°

**PRENEUR D'ASSURANCE**

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

**L'ASSURE / BENEFICIAIRE**

Nom - Prénoms	Date de naissance		
Rue	N°	Bte	Etat-Civil
Code postal	Localité	Profession :	
N° compte bancaire : [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ]	Téléphone :		
E-Mail :			

**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) ..... ..... Est-il assuré ? Par qui ? .....	4. Avez-vous envoyé, à lui ou à son assureur, une lettre recommandée ? (Mise en demeure) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	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

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

Police

N° de P.V. : .....

Localité : .....

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.

Souhaitez-vous recevoir la correspondance concernant ce sinistre par l'entremise de votre intermédiaire ?  Oui  Non

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 collecte et l'usage des données à caractère personnel par la Compagnie s'effectue conformément au Règlement Général sur la Protection des Données UE 2016/679. La personne concernée a un droit de regard sur ses données et peut, le cas échéant, les faire corriger. La politique de la compagnie en matière de traitement des données personnelles est disponible sur <https://www.baloise.be/fr/a-propos-de-nous/privacy.html>. Une version papier de celle-ci peut être obtenue sur simple demande adressée à votre intermédiaire.

Toute question ou demande relative au traitement de vos données personnelles peut être envoyée par courrier ou e-mail à l'adresse suivante :  
Par e-mail : [privacy@baloise.be](mailto:privacy@baloise.be)  
Par courrier : Baloise Belgium SA, Posthofbrug 16 - 2600 Antwerpen

Le preneur déclare avoir pris acte des conséquences graves - nullité du contrat, donc refus de paiement des garanties assurées - que l'omission ou l'inexactitude intentionnelle dans la déclaration concernant les éléments d'appréciation du risque par le preneur d'assurance ou l'assuré peut entraîner.

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

(signature)

## CONSENTEMENT DONNÉES MÉDICALES

### Consentement spécifique pour le traitement des données médicales

- En vue d'une gestion rapide du contrat et/ou du dossier sinistre, et uniquement à cet effet, je donne par la présente mon consentement spécial quant au traitement des données médicales me concernant.
- Je certifie avoir relu les réponses données aux questions dans ce document. Celles-ci ont été écrites en ma présence. Elles sont sincères et complètes, exactes et strictement conformes aux déclarations que j'ai faites, et ce même si elles ont été complétées de la main d'un tiers.
- Je reconnais être informé et comprendre que toutes les réponses de ce document sont à l'usage des services médicaux de la Compagnie.
- J'autorise le médecin de mon choix qui est interrogé par la Compagnie à communiquer confidentiellement à son service médical ou au médecin conseil de la Compagnie ou de ses réassureurs, toutes les informations et certificats d'ordre médical, nécessaires à la conclusion ou l'exécution du contrat. Les certificats se limiteront à une description de mon état de santé actuel.
- Dans la mesure où un tel traitement est indispensable, je donne par la présente mon consentement quant au traitement confidentiel des données médicales hors la responsabilité d'un professionnel des soins de santé. Le traitement est effectué sous l'unique responsabilité de Baloise Insurance, Posthofbrug 16, 2600 Antwerpen (et ce par l'intermédiaire d'Athora Belgium S.A., Avenue Louise, 149 - 1050 Bruxelles, et par Europ Assistance, 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.

Les données médicales peuvent être transmises pour les finalités ci-dessus à des sous-traitants, ainsi qu'au service « fichiers » de DatassurESV, Square de Meeûs 29, 1000 Bruxelles, ou à un réassureur, un intermédiaire, un expert ou un conseiller qui agit dans le cadre des finalités ci-dessus.

- Je sais et je comprends que si, dans l'appréciation du risque, la Compagnie a été induite en erreur par suite d'une omission ou inexactitude intentionnelle, quant aux informations en lien avec mon état de santé et/ou à toute information nécessaire à l'évaluation du ou des risque(s) assuré(s), l'assurance pourra être annulée conformément aux dispositions légales.

Fait à , le  /  /

Signature(s) (à faire précéder de la mention manuscrite «**lu et approuvé**»)  
Nom, prénom, adresse et signature de la personne concernée,

« A renvoyer par mail: [servicedesk.be@athora.com](mailto:servicedesk.be@athora.com) avec notre référence en sujet »