

DECLARATION D'ACCIDENT

**Assurance Responsabilité Civile
Recours et Défense Pénale**

Intermédiaire n° :

Nom :

Téléphone :

Référence :

DECLARATION D'ACCIDENT

Contrat n°

Assurance Responsabilité Civile - Recours et Défense Pénale (autres que véhicules automoteurs)

PRENEUR D'ASSURANCE

Nom - Prénoms		Date de naissance	
Rue	N°	Bte	Etat-Civil
Code postal	Localité		
Quand et où pouvons-nous vous rencontrer ?			Téléphone :
Qui contacter ?			
N° registre national	N° entreprise		

CIRCONSTANCES

Date : Jour : heure de l'accident : Avant-midi Après-midi
Lieu :

DESCRIPTION

Pour que Baloise Belgium puisse assurer la meilleure défense de vos intérêts, veuillez répondre soigneusement à toutes les questions posées.

ASSURE IMPLIQUE	1. Identifications	ADVERSAIRE (Tiers)
	Nom	
	Prénom	
	Date de naissance	
	Profession (ou raison sociale)	
	Domicile (rue, n°)	
	Localité (+ code postal)	
	Téléphone n°	
	2. Dommages encourus	
	Corporels	
	Matériels	
	Première évaluation	
	3. Lien de parenté	

ADVERSAIRE

L'adversaire, est-il le préposé du preneur d'assurance ou de l'assuré ? oui non
Est-il assuré ? oui non
Si oui, quelle compagnie ? Numéro du contrat ?

TEMOINS ET AUTORITES

TEMOINS (Nom, prénom adresse) 1.
2.

AUTORITE VERBALISANTE : Procès-verbal dressé par : Police Garde-Champêtre
Localité : Date : N° du P.V. :

INDEMNITE

Existe-t-il d'autres contrats vous garantissant contre un quelconque dommage en rapport avec cet accident ?
Auprès de quelle compagnie ? Quel numéro de contrat ?

Étiez-vous occupé à une activité en qualité de bénévole ou étiez-vous sur le chemin (aller ou retour) d'une telle activité oui non
Pour quelle organisation (nom, adresse)

RELATION DES CIRCONSTANCES DU SINISTRE :

Large empty box with horizontal dotted lines for reporting accident circumstances.

CROQUIS DES LIEUX

Noms des rues et leur caractère (nature, largeur, nombre de bandes), signaux routiers, numéros des immeubles, position et direction des véhicules au moment de l'accident :

Large grid for drawing the accident scene.

A qui imputez-vous la responsabilité et pourquoi ?

Etes-vous d'accord que la Compagnie indemnise le(s) adversaire(s) si elle le juge utile oui non

INDEMNITE

L'indemnité due peut être payée à :

Nom :

Adresse :

Mode de paiement :

virement au compte numéro BE

de :

crédit compte intermédiaire Baloise Belgium :

.....

Déclaration T.V.A. :

Le bénéficiaire est-il assujéti à la T.V.A. ? oui non

Cette T.V.A. peut-elle être déduite ? oui non

partiellement %

Veillez joindre tout document, déjà reçu, afférent au sinistre déclaré, et transmettre immédiatement à la compagnie ceux que vous pourriez recevoir par la suite en n'omettant pas de mentionner le numéro du contrat d'assurance concerné, ou le numéro de dossier sinistre qui vous sera communiqué par l'accusé de réception du présent formulaire, à poster sans délai.



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 du déclarant

Pièces annexées

Nombre :

Nature :

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

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
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.

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 avec notre référence en sujet »