

■ Information complémentaire en cas d'accident

Nature de l'accident : Privé Scolaire
 Travail Sportif
 Circulation Autre :

Y-a-t-il une autre assurance qui couvre l'accident ? Non Oui

Si oui, laquelle + nom compagnie + n° de la police :

Date et heure de l'accident : le à heures avant midi
 après

Lieu précis :

Relation des faits :

.....
.....
.....

Partie adverse éventuelle :

- nom et adresse :

- compagnie d'assurance (nom, adresse et n° de police) :

Témoins (noms et adresses) :

Un procès-verbal a-t-il été dressé ? Non Oui Si oui, Police de : le

N° PV et joindre copie du PV d'audition :

Qui est responsable de l'accident ? (nom et adresse de la personne responsable) :

Le bénéficiaire des soins était-il, au moment du sinistre, au service d'un employeur, ou sur le chemin du travail ? Non Oui

Dans l'affirmative : quel est l'employeur ? (nom et adresse) :

Après de quelle compagnie est-il assuré pour les accidents du travail ?

Le soussigné certifie que les réponses précédentes sont complètes et conformes à la vérité.

Il marque accord sur le fait qu'AG Insurance traite les données susmentionnées, moyennant respect de la loi sur la protection de la vie privée, en vue de la fourniture et de la gestion des services d'assurance en général, y compris l'établissement de statistiques. La personne concernée a un droit de regard sur ses données et peut, le cas échéant, les faire corriger. Les données relatives à la santé peuvent uniquement être traitées sous la responsabilité d'un professionnel des soins de santé et l'accès à ces données est limité aux personnes qui en ont besoin pour l'exercice de leurs tâches. AG Insurance ne communiquera pas ces données à des tiers.

Le soussigné marque cependant accord pour qu'AG Insurance communique ces données pour autant qu'il y ait dans son chef une obligation légale ou contractuelle ou un intérêt légitime.

Fait à , le /..... /.....

Signature de l'assuré (majeur) ou de la personne qui le représente légalement,