

Déclaration de sinistre  
Accidents Corporels

Contrat n° \_\_\_\_\_

Producteur n° \_\_\_\_\_

**Preneur d'assurance**

Nom ou raison sociale: \_\_\_\_\_  
 Prénom: \_\_\_\_\_  
 Adresse: rue \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Bte \_\_\_\_\_  
 Code postal: \_\_\_\_\_ Localité: \_\_\_\_\_  
 Téléphone: \_\_\_\_\_  
 Profession ou nature de l'entreprise: \_\_\_\_\_

**Assuré accidenté**

Nom: \_\_\_\_\_  
 Prénoms: \_\_\_\_\_  
 Adresse: rue \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Bte \_\_\_\_\_  
 Code postal: \_\_\_\_\_ Localité: \_\_\_\_\_  
 Né(e) le: \_\_\_\_\_ Profession: \_\_\_\_\_  
 N° de compte sur lequel les indemnités peuvent être versées: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Titulaire du compte: \_\_\_\_\_  
 Coordonnées de la mutuelle: Nom: \_\_\_\_\_  
 N° d'affiliation: \_\_\_\_\_

**Sinistre**

Date: \_\_\_\_\_ Lieu: \_\_\_\_\_  
 Heure: \_\_\_\_\_  jour  nuit La victime a-t-elle cessé le travail?  Oui  Non  
 Si oui:  totalement  partiellement A quelle date: \_\_\_\_\_  
 Causes/Circonstances: \_\_\_\_\_

Tiers responsable: Nom et prénom: \_\_\_\_\_  
 (éventuel) Adresse: \_\_\_\_\_

Si connu, nom de sa compagnie d'assurance: \_\_\_\_\_ N° de police \_\_\_\_\_

Témoïn: Nom et prénom: \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_

Autorité verbalisante:  Police fédérale  Police locale \_\_\_\_\_ PV n° \_\_\_\_\_

**Protection de la vie privée et droits des personnes enregistrées**

Les données à caractère personnel communiquées à Allianz Belgium s.a. servent exclusivement pour les finalités suivantes : évaluation des risques assurés, gestion de la relation commerciale, du contrat d'assurance et des sinistres garantis par le contrat, surveillance du portefeuille, prévention des abus et des fraudes. A ces seules fins, elles peuvent, si nécessaire, être transmises à un réassureur, un expert ou à un conseil. Ces données sont accessibles par les services d'acceptation et de gestion sinistres ainsi que par le Service juridique et de Compliance dans le cadre d'un éventuel litige ou d'un contrôle et par le Service Audit dans le cadre strict des missions qui lui sont confiées. L'assuré donne par la présente son consentement quant au traitement des données relatives à sa santé par le Service médical et par les destinataires précités lorsqu'il est nécessaire à la gestion du contrat ou d'un sinistre. L'assuré accepte que le preneur et l'intermédiaire puissent avoir connaissance du contenu du contrat et de ses éventuelles clauses d'exclusion. Le défaut de communiquer les données requises peut entraîner pour Allianz Belgium s.a., selon le cas, l'impossibilité pour elle ou son refus d'engager une relation commerciale, de poursuivre une telle relation ou d'exécuter une opération que la personne concernée aurait sollicitée. Toute personne justifiant de son identité a le droit d'obtenir communication des données que le fichier contient à son sujet en adressant une demande datée et signée au service : Protection de la Vie Privée, Allianz Belgium s.a, Rue de Laeken 35 à 1000 Bruxelles. Cette demande sera accompagnée d'une copie de sa carte d'identité et mentionnera le nom et l'adresse du médecin auquel notre médecin conseil pourra communiquer les éventuelles données relatives à sa santé. Cette personne a, par ailleurs, le droit d'obtenir la rectification ou la suppression de ses données en cas d'inexactitude, ainsi que de s'opposer au traitement à des fins de marketing direct en en faisant la mention expresse à côté de sa signature sur le présent document.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_  
 Signature: \_\_\_\_\_

## Attestation médicale

Nom du blessé: \_\_\_\_\_

Prénoms: \_\_\_\_\_

■ Cause de l'accident: \_\_\_\_\_

■ Description des lésions: \_\_\_\_\_

■ Traitement suivi: \_\_\_\_\_

■ Etat habituel de santé: \_\_\_\_\_

■ Infirmités antérieures: \_\_\_\_\_

■ Suites probables: \_\_\_\_\_

Durée probable de l'incapacité de travail: \_\_\_\_\_

Est-elle totale?  Oui  Non

Le patient peut-il vaquer partiellement à ses occupations ordinaires?  Oui  Non

Si oui, dans quelle mesure: \_\_\_\_\_

Premier jour d'incapacité: \_\_\_\_\_

Quand votre intervention a-t-elle été requise pour la première fois: \_\_\_\_\_

Remarques spéciales: \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature du médecin: \_\_\_\_\_