

**A**

<b>DECLARATION D'ACCIDENT</b>		N° _____	<b>POLICE</b>
<b>Souscripteur</b>	Nom - Prénoms : _____ Adresse : _____ Profession : _____		
<b>Victime</b>	Nom - Prénoms : _____ Adresse : _____ Date de naissance : _____ Profession : _____ Quand la victime a-t-elle dû cesser ses occupations ? _____ Est-elle affiliée à une mutuelle ? <input type="checkbox"/> Oui - Veuillez l'aviser <input type="checkbox"/> Non Dispose-t-elle d'une autre assurance couvrant les frais médicaux ou l'hospitalisation ? <input type="checkbox"/> Oui : auprès de quelle Compagnie " ? _____ <input type="checkbox"/> Non		
<b>Bénéficiaire de l'indemnité</b>	Nom - Prénoms : _____ Adresse : _____ Mode de paiement : _____		
<b>Accident</b>	Date et heure : _____ Lieu précis : _____ Circonstances : _____ <small>(aussi détaillées que possible)</small> Genre : <input type="checkbox"/> Vie privée <input type="checkbox"/> Sport <input type="checkbox"/> Ecole <input type="checkbox"/> Agriculteur <input type="checkbox"/> Bénévole <input type="checkbox"/> Patron <input type="checkbox"/> Famille patron <input type="checkbox"/> _____		
<b>Témoins</b>	Nom - Prénoms : _____ Adresse : _____		
<b>Tiers</b>	Si un tiers est responsable de l'accident quelle est a) son identité (nom, adresse) ? _____ b) sa compagnie d'assurances? _____ c) votre assureur «défense et recours» _____		
Si votre responsabilité est engagée, veuillez nous communiquer le nom de votre compagnie d'assurances		_____	

Toute escroquerie ou tentative d'escroquerie envers la compagnie d'assurance 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. La compagnie d'assurances pourra le cas échéant, communiquer au GIE Datassur des données à caractère personnel pertinentes dans le cadre exclusif de l'appréciation des risques, de la gestion des contrats et des sinistres y relatifs.  
Toute personne a le droit d'obtenir communication et, le cas échéant, rectification des données la concernant auprès de Datassur par une demande datée et signée accompagnée d'une copie de sa carte d'identité adressée à Datassur, 29 square de Meeûs à 1000 Bruxelles.

Les données communiquées peuvent être traitées par AXA Belgium en vue du service à la clientèle, de l'acceptation des risques, de la gestion des contrats et des sinistres ainsi que du règlement des prestations.

En vue d'offrir les services les plus appropriés, ces données pourront être communiquées aux entreprises du groupe AXA ou aux entreprises en relation avec celles-ci.

Les personnes concernées donnent leur consentement pour le traitement des données relatives à leur santé lorsqu'elles sont nécessaires à l'acceptation, la gestion et l'exécution du contrat par les gestionnaires intervenant dans le cadre de ce contrat. Ce traitement est prévu par la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée.

Toutes les informations seront traitées avec la plus grande discrétion.

Les personnes concernées peuvent connaître ces données, les faire rectifier et s'opposer gratuitement à leur traitement à des fins de direct marketing au moyen d'une demande datée et signée accompagnée d'une photocopie recto verso de la carte d'identité, adressée au service clientèle de la compagnie.

De plus amples informations peuvent être obtenues auprès du service clientèle de la compagnie.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ Signature de la victime



<b>SINISTRE</b> N° _____	<b>CERTIFICAT MEDICAL</b>	Nr° _____ <b>POLICE</b>
De M. le Docteur spécialiste en demeurant à	_____ _____ _____	
<b>Souscripteur</b> Nom - Prénoms Adresse	_____ _____	
<b>Victime</b> Nom - Prénoms Date de naissance	_____ _____	
Date de l'accident Date première visite	_____ _____	
Lésions constatées	_____ _____ S'agit-il d'une pathologie <input type="checkbox"/> traumatique <input type="checkbox"/> microtraumatique ?	
<b>Incapacité</b> résultant des lésions	Totale (1) - durée _____ Partielle _____ : Taux : _____ Durée : _____ _____ _____	
Suites présumées	_____ _____	

La victime est soignée \_\_\_\_\_

Le traitement institué est le suivant : \_\_\_\_\_

Les prédispositions, maladies, infirmités préexistantes à l'accident qui pourraient anormalement aggraver les conséquences de celui-ci sont : \_\_\_\_\_

L'intervention d'un médecin spécialiste paraît être: utile - inutile.

La radiographie est: nécessaire - utile.

L'hospitalisation: s'impose - ne s'impose pas.

Il est à craindre qu'il subsistera une invalidité permanente qui consistera vraisemblablement en :

Observations : \_\_\_\_\_

(Signature)

Fait à \_\_\_\_\_ , le \_\_\_\_\_

(1) L'incapacité n'est totale que si la victime est incapable de toute activité professionnelle. Dans les autres cas, elle est partielle.



<b>SINISTRE</b> N° _____	<b>CERTIFICAT DE GUERISON OU DE CONSOLIDATION</b>	<b>POLICE</b> Nr° _____
De M. le Docteur spécialiste en demeurant à _____	_____	
<b>Souscripteur</b> Nom - Prénoms Adresse _____	_____	
<b>Victime</b> Nom - Prénoms Date de naissance _____	_____	
Date de l'accident _____	_____	

Je soussigné \_\_\_\_\_, Docteur en Médecine,  
domicilié à \_\_\_\_\_, déclare que  
la victime reprise en marge est guérie de ses blessures et en état de reprendre ses occupations à partir du \_\_\_\_\_

avec invalidité permanente - sans invalidité permanente.

L'incapacité a été :

totale du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ inclusivement ;  
partielle à \_\_\_\_\_ % du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ inclusivement ;  
partielle à \_\_\_\_\_ % du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ inclusivement ;  
partielle à \_\_\_\_\_ % du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ inclusivement ;

L'incapacité prévue au certificat de constatation a été notablement dépassée; en voici la cause: \_\_\_\_\_

Il y a }  
Il n'y a pas } invalidité permanente.

Les séquelles sont : \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_  
(Signature)

	Codification barème légal acc. du travail	Montant
<b>Frais médicaux</b>	_____	_____ EUR
<b>Frais pharmaceutiques</b>	_____	_____ EUR
	TOTAL :	_____ EUR
<b>A payer</b> _____		_____ EUR
<b>Mode de paiement</b> _____		

## INSTRUCTIONS EN CAS D'ACCIDENT

---

1. Remplir immédiatement le volet A intitulé «DECLARATION D'ACCIDENT».
2. Faire remplir par le médecin le volet B intitulé «CERTIFICAT MEDICAL». Le remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques s'effectue sur présentation des pièces justificatives et dans les limites prévues au contrat.
3. Adresser la déclaration d'accident (volet A) ainsi que le certificat médical (volet B et ses annexes éventuelles) à :  
  
AXA Belgium, Boulevard du Souverain 25 - 1170 Bruxelles.
4. Si la guérison n'est pas acquise à l'expiration du délai fixé par le médecin dans le premier certificat (volet B), faire établir un nouveau certificat médical constatant la prolongation d'incapacité de travail et l'adresser à AXA Belgium. Toute période d'incapacité de travail doit être justifiée par un certificat médical.
5. Si, à l'expiration de la période d'incapacité de travail reprise au premier certificat (volet B) ou à l'expiration de la dernière période de prolongation, la guérison est acquise, faire remplir le certificat de guérison (volet C) et l'adresser à AXA Belgium.

### REMARQUE IMPORTANTE

L'indemnité pour incapacité temporaire est toujours **calculée sur la base des certificats médicaux** acceptés par la Compagnie.

Par conséquent, dans le but de sauvegarder ses intérêts, le bénéficiaire est tenu de se conformer aux instructions qui précèdent. .