

# Déclaration de sinistre accident corporel

(sauf pour accidents du travail)

CONCERNE POLICE N°

\_\_\_\_\_

## PRENEUR D'ASSURANCE

## INTERMÉDIAIRE

Nom (pour organisme : dénomination) et adresse

nom et adresse (ou cachet)

N° d'agent

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

N° FSMA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

N° de dossier

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## VICTIME

nom et prénom

\_\_\_\_\_

rue et numéro

code postal

commune

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

date de naissance

N° de téléphone

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Adresse e-mail

\_\_\_\_\_

Paiement via le compte\*

au nom de\*

IBAN\* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

Lien de parenté avec le preneur d'assurance

parent  enfant  petit-enfant  autre membre de la famille  élève  bénévole  collaborateur  membre  
 aide non salarié

autre: \_\_\_\_\_

Uniquement pour les accidents de la circulation : qualité de la victime

Piéton  cycliste  passager  conducteur cyclomoteur  conducteur moto (≥ 50 cc)  conducteur véhicule

## ACCIDENT

lieu

\_\_\_\_\_

jour \_\_\_\_\_ heure \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_ date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Procès-verbal  oui  non N° du PV \_\_\_\_\_ date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Alcoholtest:  oui  non résultat: \_\_\_\_\_

Siège de la société : KBC Assurances SA – Professor Roger Van Overstraetenplein 2 – 3000 Leuven – Belgique

TVA BE 0403.552.563 - RPM Leuven – IBAN BE43 7300 0420 0601 – BIC KREDBEBB

Entreprise agréée pour toutes les branches sous le code 0014 (A.R. 4 juillet 1979, M.B. 14 juillet 1979) par la Banque Nationale de Belgique (BNB),  
avenue de Berlaumont 14, 1000 Bruxelles, Belgique.

**Société du groupe KBC**

AA0627 V01-2017 -/- 1/4

# Déclaration de sinistre accident corporel

(sauf pour accidents du travail)

Description détaillée de la cause et des circonstances

---

---

---

Accident déclaré dans une autre police  oui  non

Si oui, type de police:  hospitalisation  protection juridique  autre accident corporel  accident du travail

autre: \_\_\_\_\_

numéro de police \_\_\_\_\_ Compagnie \_\_\_\_\_

## RESPONSABILITÉ

Tiers responsable éventuel – nom et adresse

Compagnie d'assurances

---

---

---

---

Numéro de la police RC concernée

---

**KBC Assurances S.A.**, Prof. R. Van Overstraetenplein 2, 3000 Leuven utilise les données médicales que vous lui communiquez à titre de personne concernée - preneur d'assurance, personne assurée ou tiers lésé - par le biais de ce formulaire dans le but de souscrire, de gérer ou d'exécuter l'assurance.

Les renseignements médicaux sont toutes les données à caractère personnel qui concernent l'état de santé physique ou psychique antérieur, actuel ou futur, de la personne et qui portent directement sur son état de santé. L'accès aux données médicales est limité aux catégories de personnes qui en ont besoin aux fins mentionnées. Vous pouvez en obtenir une liste sur simple demande.

Vous avez le droit de demander à KBC Assurances de consulter les données médicales vous concernant. Si, malgré toutes nos précautions, des inexactitudes devaient apparaître dans vos données médicales, vous pouvez bien entendu en réclamer la rectification. Dans tous les cas, vous devez adresser votre demande par écrit au Service Vie Privée de KBC, Brusselssesteenweg 100, 3000 Leuven. Veuillez renvoyer ce formulaire à l'attention du médecin-conseil de KBC Assurances.

Toute question d'ordre général relative au respect de la vie privée peut être adressée à la Commission de la protection de la vie privée ([www.privacycommission.be](http://www.privacycommission.be)).

Par la présente, le soussigné déclare par écrit autoriser librement KBC Assurances à utiliser, sur la base des informations communiquées, ses données médicales conformément à la présente clause relative à la vie privée. Le représentant légal intervient au nom de la personne incapable (un mineur d'âge, par exemple) qu'il représente..

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Accord pour la déclaration, Accord avec la clause relative au respect de la vie privée,**

le déclarant

l'intermédiaire

le déclarant

# Certificat médical

POLICE N°

\_\_\_\_\_

NOM ET PRÉNOM

\_\_\_\_\_

DOCTEUR

Nom et adresse (ou cachet)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

VICTIME

Nom

\_\_\_\_\_

Date accident

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NATURE DES BLESSURES

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

LA VICTIME A-T-ELLE EU, AVANT SON ACCIDENT, DES LÉSIONS OU DES MALADIES QUI POURRAIENT AGGRAVER LES CONSÉQUENCES DE CET ACCIDENT ?

oui  non

Lesquelles ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Depuis quand ?

\_\_\_\_\_

QUAND A-T-ON FAIT APPEL AU MÉDECIN POUR LA PREMIÈRE FOIS ?

date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

nom et domicile de ce docteur

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

