

# DÉCLARATION SINISTRE ACCIDENTS DROIT COMMUN

A envoyer à [cgi@soyermamet.be](mailto:cgi@soyermamet.be)

A

## DÉCLARATION D'ACCIDENT POUR LA POLICE

N°: \_\_\_\_\_

### SOUSCRIPTEUR (en caractères d'imprimerie svp.)

Nom:	_____
Prénoms:	_____
Domicile:	_____
Code postal et localité:	_____
Profession:	_____

### VICTIME (en caractères d'imprimerie svp.)

Nom:	_____
Prénoms:	_____
Adresse:	_____
Code postal et localité	_____
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
Assuré en	<input type="checkbox"/> petits risques ou <input type="checkbox"/> grands risques

### Bénéficiaire de l'indemnité

Nom:	_____
Prénoms:	_____
Adresse:	_____
Code postal et localité:	_____
Compte bancaire:	_____
Numéro registre national	_____

## ACCIDENT

Date et heure:	_____
Lieu exact:	_____
Circonstances (le plus détaillé possible)	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

En cas d'accident avec un véhicule automoteur:

Type du véhicule:	_____
Vitesse maximale:	_____

La victime a-t-elle été soumise à un alcootest après cet accident:  Oui  Non

Si oui, le résultat était-il	<input type="checkbox"/> positif ou <input type="checkbox"/> négatif
Genre	<input type="checkbox"/> Vie privée <input type="checkbox"/> Sport <input type="checkbox"/> Mandataires <input type="checkbox"/> Agriculteur <input type="checkbox"/> Patron <input type="checkbox"/> Famille Patron <input type="checkbox"/> Aide non rémunéré

## TÉMOINS

Nom:	_____
Prénoms:	_____
Adresse:	_____
Code postal et localité:	_____

## Tiers

Si un tiers est responsable de l'accident :

Veillez préciser:	_____
a) son identité (nom, adresse)	_____
b) sa compagnie d'assurance	_____
c) votre assureur "défense et recours"	_____

Si votre responsable est engagée,

Veillez nous communiquer  
le nom de votre compagnie  
d'assurance:

---

---

---

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. En outre, l'intéressé sera repris dans un fichier du groupement d'intérêt économique Datassur, qui comporte tous les risques spécialement suivis par les assureurs qui y sont affiliés.

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. Il faut alors envoyer une demande datée et signée au service clientèle de la compagnie, accompagnée d'une photocopie recto verso de la carte d'identité.

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

# DÉCLARATION SINISTRE ACCIDENTS DROIT COMMUN

ACCIDENT

N°: \_\_\_\_\_

CERTIFICAT MÉDICAL

POLICE

N°: \_\_\_\_\_

**B**

De M. le Docteur \_\_\_\_\_

spécialiste en \_\_\_\_\_

demeurant à \_\_\_\_\_

## SOUSCRIPTEUR

Nom – Prénoms \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

## VICTIME

Nom – Prénoms \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

Date de l'accident \_\_\_\_\_

Date première visite \_\_\_\_\_

Lésions constatées \_\_\_\_\_

## Incapacité

Résultant des lésions

Totale (1) – durée \_\_\_\_\_

Partielle \_\_\_\_\_

Taux – Durée \_\_\_\_\_

Suites présumées \_\_\_\_\_

La victime blessée est soignée \_\_\_\_\_

Le traitement appliqué 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 spécialisé paraît être:  utile  inutile.

Une radiographie est:  nécessaire  utile

Une hospitalisation est:  nécessaire  pas nécessaire.

Il est à craindre qu'il subsistera une incapacité permanente qui consistera vraisemblablement en: \_\_\_\_\_

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

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ Signature.

(1) L'incapacité ne sera alors totale que lorsque la victime est contrainte d'arrêter toute activité professionnelle. Dans les autres cas, l'incapacité est partielle.

# DÉCLARATION SINISTRE ACCIDENTS DROIT COMMUN

ACCIDENT  
N°: \_\_\_\_\_

CERTIFICAT DE GUÉRISON  
OU DE CONSOLIDATION

POLICE  
N°: \_\_\_\_\_

**C**

De M. le Docteur	_____
spécialiste en	_____
demeurant à	_____

## SOUSCRIPTEUR

Nom – Prénoms	_____
Adresse	_____

## VICTIME

Nom – Prénoms	_____
Date de naissance	_____
Date de l'accident	_____

Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_ Docteur en médecine, domicilié à \_\_\_\_\_, déclare que la victime reprise en marge est guéri de ses blessures et en état de reprendre ses occupations à partir du \_\_\_\_\_ avec incapacité permanente – sans incapacité permanente.

L'incapacité temporaire a été:

totale		du _____	au _____	inclus ;
partielle à _____ %		du _____	au _____	inclus ;
partielle à _____ %		du _____	au _____	inclus ;
partielle à _____ %		du _____	au _____	inclus ;

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

Il y a incapacité permanente

Il n'y a pas d'incapacité permanente

Les séquelles sont \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

