

DÉCLARATION SINISTRE ACCIDENTS DROIT COMMUN

A envoyer à cgi@soyermamet.be

A

DÉCLARATION D'ACCIDENT POUR LA POLICE

N°: 730 594 434

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°: 730 594 434

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°: 730 594 434

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,

