



DECLARATION DE SINISTRE ACCIDENT SCOLAIRE ET ACTIVITES SIMILAIRES

A

POLICE N° []

PRENEUR D'ASSURANCE

Nom de l'établissement assuré :
Rue : N° : Boîte :
Code postal : [] Commune :
Personne de contact: adresse mail : N° de GSM : []

VICTIME

Nom et prénom :
Rue : N° : Boîte :
Code postal : [] Commune : Pays :
Adresse Mail : N° de GSM : []
Date de naissance : [] - [] - []
Langue de correspondance avec la victime : néerlandais français allemand

SI ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

Profession:
Date de cessation des activités : [] - [] - [] h. : [] min. : []
Est-elle affiliée à une mutuelle ? Oui - Veuillez l'aviser Non
Mutuelle - Code ou nom :
Numéro d'affiliation :

BÉNÉFICIAIRE DE L'INDEMNITÉ

Nom et prénom :
Rue : N° : Boîte :
Code postal : [] Commune :
N° registre national : [] - [] - []
Compte bancaire : IBAN: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] BIC: [] [] [] [] [] []

ACCIDENT

Date et heure : [] - [] - [] heure: [] min.: []
Lieu :
Circonstances :
(aussi détaillées que possible)
En cas d'accident avec un véhicule automoteur : Vitesse maximale :
Type de véhicule :
La victime a-t-elle été soumise à un alcootest à la suite de cet accident : Oui Non Si oui, le résultat était-il positif négatif
Genre : Scolaire Parascolaire Bénévole Autre :

TÉMOIN

Nom et prénom :
Rue : N° : Boîte :
Code postal : [] Commune :

TIERS

Si un tiers est responsable de l'accident Oui Non
veuillez préciser
a) son identité (nom, adresse) ?
Un procès-verbal a-t-il été dressé? Oui Non Inconnue
Si oui, le numéro du procès-verbal :

Si votre responsabilité est engagée, veuillez nous communiquer le nom de votre compagnie d'assurances.
.....

Avertissement

Les assureurs mettent toute leur vigilance à déceler les fraudes et tentatives de fraude à l'assurance. On entend par "fraude à l'assurance" le fait d'induire une entreprise d'assurances en erreur délibérément lors de la conclusion d'un contrat d'assurance, ou pendant la durée de celui-ci, ou encore lors de la déclaration ou du traitement d'un sinistre, dans le but d'obtenir une couverture d'assurance ou une prestation d'assurance. Toute escroquerie ou tentative d'escroquerie à l'assurance envers la compagnie d'assurances entraîne non seulement la résiliation du contrat d'assurance mais peut faire également l'objet de poursuites pénales, sur la base de l'article 496 du Code pénal.

Protection des données personnelles

Les données à caractère personnel (« les données personnelles ») communiquées par la personne concernée ou reçues légitimement par AXA Belgium, responsable des traitements, peuvent être traitées par la compagnie en vue de la gestion des sinistres, du service à la clientèle, de la gestion de la relation avec l'intermédiaire d'assurance, de la détection, prévention et lutte contre la fraude, de la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, de la surveillance du portefeuille, d'études statistiques. Ces traitements sont nécessaires à l'exécution du contrat d'assurance, au respect d'une obligation légale ou aux intérêts légitimes d'AXA Belgium. En aucun cas, ces données ne seront traitées à des fins de marketing direct.

Dans la mesure où la communication des données personnelles est nécessaire pour permettre de réaliser les finalités énumérées ci-dessus, ces données peuvent être communiquées à d'autres entreprises membres du groupe AXA, à des entreprises et/ou à des personnes en relation avec celles-ci ainsi qu'aux autorités publiques compétentes. La personne concernée peut demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité de ses données personnelles, choisir d'en limiter l'usage ou s'opposer à leur traitement. Dans le cas où la personne concernée a donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines de ses données, elle peut la retirer à tout moment sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'exécution de son contrat ou la gestion de son sinistre. AXA Belgium veille à assurer un niveau adéquat de protection lorsque les données personnelles sont transférées hors Union Européenne.

La personne concernée peut obtenir plus d'informations et exercer ses droits via le site internet www.axa.be, ou encore par courrier postal à l'adresse suivante : AXA Belgium - Data Protection Officer (TR1/884), Place du Trône 1, 1000 Bruxelles.

En signant ce document, la personne concernée donne son consentement explicite pour le traitement des données relatives à sa santé, nécessaire pour la gestion des sinistres.

Fait à , le Signature de la victime



CERTIFICAT MEDICAL ACCIDENT SCOLAIRE ET ACTIVITES SIMILAIRES

B

SINISTRE N°

POLICE N°

Du docteur :
 spécialiste en :
 demeurant à :

PRENEUR D'ASSURANCE

Nom et de l'établissement assuré :
 Rue : N° : Boîte :
 Code postal : Commune :

VICTIME

Nom et prénom :
 Rue : N° : Boîte :
 Code postal : Commune :
 Date de naissance : - -

Date de l'accident : - -
 Date première visite : - -

Lésions constatées :

CESSATION DES ACTIVITES

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 incapacité permanente qui consistera vraisemblablement en,

Observations :

Fait à , le (Signature)



CERTIFICAT DE GUERISON OU DE CONSOLIDATION DECLARATION ACCIDENT SCOLAIRE ET ACTIVITES SIMILAIRES

C

SINISTRE N° []

POLICE N° []

Du docteur :
spécialiste en :
demeurant à :

PRENEUR D'ASSURANCE

Nom de l'établissement assuré :
Rue : N° : Boîte :
Code postal : [] [] [] [] Commune :

VICTIME

Nom et prénom :
Rue : N° : Boîte :
Code postal : [] [] [] [] Commune :
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 [] [] - [] [] - [] [] [] [] .

- Il y a } incapacité permanente.
 Il n'y a pas }

Les séquelles sont :
.....

Fait à, le (Signature)

INSTRUCTIONS EN CAS D'ACCIDENT

1. Remplir immédiatement le volet A intitulé «DECLARATION D'ACCIDENT».
2. Faire remplir par votre médecin le volet B intitulé «CERTIFICAT MEDICAL».
Le remboursement des frais médicaux 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 :

cwc@axa.be

4. Si, la guérison est acquise, faire remplir le certificat de guérison (volet C) et l'adresser à la Compagnie.