

DÉCLARATION DE SINISTRE ACCIDENTS CORPORELS

Numéro de contrat :

Numéro de compte agence :

Preneur d'assurance

Nom ou raison sociale :

Prénom :

Rue :

N°/Boîte :

Code postal/Localité :

Tél. :

E-mail :

Profession ou nature de l'entreprise :

Victime

Nom :

Prénom :

Rue :

N°/Boîte :

Code postal/Localité :

Né(e) le : / /

Profession :

N° de compte sur lequel les indemnités peuvent être versées (IBAN):

- -

Code BIC :

Titulaire du compte :

Mutuelle

Nom :

N° d'affiliation :

Sinistre

Date : / /

Lieu :

Heure : :

Jour Nuit

La victime a-t-elle cessé le travail ? Oui Non

Si oui : totalement partiellement

A quelle date : / /

Causes/Circonstances :

Tiers responsable

Nom :

Prénom :

Rue :

N°/Boîte :

Code postal/Localité :

Compagnie d'assurances :

N° de police :

Témoin

Nom :

Prénom :

Rue :

N°/Boîte :

Code postal/Localité :

Autorité verbalisante : Police fédérale Police locale

PV n° :

Numéro de contrat :

Protection des données personnelles

Les données personnelles demandées dans ce document sont récoltées dans le cadre de la gestion de votre contrat d'assurance ou d'un sinistre en conformité avec la réglementation sur les assurances et sur la protection des données personnelles. Elles ne seront transmises qu'aux personnes habilitées à en prendre connaissance. Elles ne feront en aucun cas l'objet d'une autre utilisation. En fournissant les données sensibles destinées à la gestion de votre contrat ou de votre sinistre et en signant le présent questionnaire, vous donnez expressément votre accord au traitement de ces données lors de la gestion de votre contrat ou de votre sinistre. Pour tout renseignement complémentaire à propos du traitement, de la protection de vos données personnelles, vous êtes invité à consulter l'adresse internet (<http://www.allianz.be/fr/protection-des-donnees-personnelles/Pages/qui-sommes-nous.aspx>) où il vous est aussi possible de poser vos questions sur le traitement des données par la compagnie.

Fait à le / /

Signature

N.B. Conformément aux conditions générales de la police, la présente déclaration doit être accompagnée d'un certificat de constatations médicales.

Envoyez ce questionnaire complété et signé à Allianz Benelux sa

Service : Nouveau Sinistre IARD

Blvd du Roi Albert II 32 – 1000 Bruxelles

ou par email : nouveausinistre@allianz.be

et en garder une copie



Attestation médicale

Nom du blessé :

Prénom :

Cause de l'accident :

Description des lésions :

Traitement suivi :

Etat habituel de santé :

Infirmités antérieures :

Suites probables :

Durée probable de l'incapacité de travail :
du / / jusqu'au / /

Est-elle totale : Oui Non

Le patient peut-il vaquer partiellement à ses occupations ordinaires ?
 Oui
Si oui, dans quelle mesure :

Non,
 %
du / /
jusqu'au / /

Premier jour d'incapacité :

Quand votre intervention a-t-elle été requise pour la première fois :

Remarques spéciales :

Fait à le / /

Signature du médecin :

