

CERTIFICAT MÉDICAL DE PREMIER CONSTAT

LOI DU 10 AVRIL 1971 SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL – AR DU 28 DÉCEMBRE 1971

Numéro DRS :

À mentionner si la déclaration est introduite via le guichet électronique.

Numéro de police : --

Numéro de dossier : --

Le soussigné, le médecin,

Nom, prénom, qualité et adresse.

ayant examiné la victime

Numéro NISS :

Nom :

Prénom :

Rue :

N°/Boîte :

Code postal :

Localité :

le / /
après l'accident du travail qui lui est survenu le / /

Il/elle déclare que l'accident a produit les lésions suivantes

Indiquer le genre et la nature des lésions et les parties du corps atteintes (fractures du bras, contusion à la tête, aux doigts, lésions internes, asphyxie, etc).

Il/elle déclare que ces lésions ont eu (auront) pour conséquences

- Décès
 Incapacité **permanente** totale ou partielle
 Incapacité **temporaire** totale ou partielle.

Durée présumée de l'incapacité temporaire totale ou partielle:

Il/elle déclare que l'incapacité a commencé (commencera)

le / / et

- que la victime est en **incapacité totale** de travail du / / au / /
 que la victime peut continuer à exercer sa **fonction actuelle**
 que **travail adapté est possible**. Limitations de la victime :

Le médecin a mission de constater si l'incapacité résulte normalement des lésions même, sans tenir compte de toutes autres circonstances.

Il/elle déclare que le blessé est soigné

Indiquer le lieu où la victime est soignée.

Fait à le / /

Signature du médecin :

Je certifie qu'à ma connaissance les présentes déclarations sont exactes et complètes et que je n'ai omis aucune information pouvant influencer sur l'évaluation ou l'acceptation

de la présente demande.

Je déclare reconnaître que ce questionnaire fera partie intégrante de ma proposition d'assurance et que les renseignements fournis serviront de base à l'évaluation de l'assureur.

Mon attention a été attirée sur le fait que l'assurance serait nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle.

Protection des données personnelles

Allianz Benelux collecte des données personnelles pour créer, gérer et exécuter les contrats d'assurances. Nous utilisons ces données dans le cadre de la relation commerciale avec nos clients et partenaires, pour surveiller l'évolution du portefeuille et prévenir les abus et les fraudes à l'assurance. Les données personnelles sont traitées conformément à la législation sur la protection des données personnelles et aux législations applicables aux assurances. Elles sont partagées avec les membres de notre personnel et des partenaires (réassureurs, experts, autres sociétés du groupe Allianz,...) qui en ont nécessairement besoin dans le cadre de leur fonction ou de leur mission, ainsi qu'avec des autorités nationales ou internationales. En cas de transferts des données et quel que soit le lieu où elles se trouvent, nous appliquons des règles de protection contraignantes approuvées par les autorités. Vos données sont conservées aussi longtemps qu'elles sont nécessaires à l'exécution du contrat d'assurance, en ce compris les délais légaux de prescription. Vous avez le droit de prendre connaissance, de faire corriger ou éventuellement supprimer vos données personnelles. Vous pouvez adresser vos questions à notre Data Privacy Officer, en joignant une copie recto-verso de votre carte d'identité, soit par courriel à l'adresse privacy@allianz.be soit par courrier à Allianz Benelux SA, Service Juridique et Compliance/Protection des données, Blvd du Roi Albert II 32 à 1000 Bruxelles. Vous pouvez aussi vous adresser à l'Autorité de Contrôle des Traitements de données à caractère personnel, rue de la Presse 35, 1000 Bruxelles, ou www.privacycommission.be. Plus d'explication sur notre politique de protection des données personnelles vous sont fournies sur notre site web à l'adresse <https://allianz.be/personnelles>.

