CERTIFICAT MÉDICAL DE PREMIER CONSTAT

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

Numéro DRS :		Il/elle déclare que ces lésions ont eu (auront) pour conséquences
À mentionner si la déclaration est introduite via le guichet électronique.		Décès
Numéro de police :		lncapacité permanente totale ou partielle
		Incapacité temporaire totale ou partielle.
Numéro de dossier :		Durée présumée de l'incapacité temporaire totale ou partielle:
Le soussigné, le médecin,		
		Il/elle déclare que l'incapacité a commencé (commencera)
		le / et
		que la victime est en incapacité totale de travail du
		que la victime peut continuer à excercer sa fonction actuelle
Nom, prénom, qualité et adresse.		que travail adapté est possible . Limitations de la victime :
ayant examiné la victime		
Numéro NISS :		
Nom:		
Prénom :		Le médecin a mission de constater si l'incapacité résulte normalement des lésions même,
Rue:		sans tenir compte de toutes autres circonstances.
N°/Boîte :		Il/elle déclare que le blessé est soigné
Code postal :		
Localité :		
le		
après l'accident du travail q	ui lui est survenu le / /	Indiquer le lieu où la victime est soignée.
Il/elle déclare que l'accident a produit les lésions suivantes		Fait à le ////
		Signature du médecin :
Indiquer le genre et la nature des	lésions et les parties du corps atteintes (fractures du	
bras contusion à la tête aux doiat	ts lésions internes asphyxie etc)	

Je certifie qu'à ma connaissance les présentes déclarations sont exactes et complètes et que je n'ai omis aucune information pouvant influer 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 au'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 léagux 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.



