Allianz

Déclaration de sinistre

Accidents Corporels

Contrat n° ZNC 4001004104 Producteur n° 7023000011

Preneur d'assurance

Nom ou raison sociale: FBFAT

Prénom:

Adresse: rue BLD DE L'EMPEREUR N° 13 Bte

Code postal: 1000 Localité: BRUXELLES

Téléphone: 025418320 19

Profession ou nature de l'entreprise: ASSOCIATIONS

Assuré accidenté

Nom:

Prénoms:

Adresse: rue N° Bte

Code postal: Localité:

Né(e) le: Profession:

N° de compte sur lequel les indemnités peuvent être versées: – –

Titulaire du compte:

Coordonnées de la 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 et prénom:

(éventuel) Adresse:

Si connu, nom de sa compagnie d'assurance: N° de police

Témoin: Nom et prénom:

Adresse:

Autorité verbalisante: ☐ Police fédérale ☐ Police locale PV n°

Protection de la vie privée et droits des personnes enregistrées

Les données à caractère personnel communiquées à Allianz Belgium s.a. servent exclusivement pour les finalités suivantes : évaluation des risques assurés, gestion de la relation commerciale, du contrat d'assurance et des sinistres garantis par le contrat, surveillance du portefeuille, prévention des abus et des fraudes. A ces seules fins, elles peuvent, si nécessaire, être transmises à un réassureur, un expert ou à un conseil. Ces données sont accessibles par les services d'acceptation et de gestion sinistres ainsi que par le Service juridique et de Compliance dans le cadre d'un éventuel litige ou d'un contrôle et par le Service Audit dans le cadre strict des missions qui lui sont confiées.
L'assuré donne par la présente son consentement quant au traitement des données relatives à sa santé par le Service médical et par les destinataires précités lorsqu'il est nécessaire à la gestion du contrat ou d'un sinistre.
L'assuré accepte que le preneur et l'intermédiaire puissent avoir connaissance du contenu du contrat et de ses éventuelles clauses d'exclusion.
Le défaut de communiquer les données requises peut entraîner pour Allianz Belgium s.a., selon le cas, l'impossibilité pour elle ou son refus d'engager une relation commerciale, de poursuivre une telle relation ou d'exécuter une opération que la personne concernée aurait sollicitée.
Toute personne justifiant de son identité a le droit d'obtenir communication des données que le fichier contient à son sujet en adressant une demande datée et signée au service : Protection de la Vie Privée, Allianz Belgium s.a, Rue de Laeken 35 à 1000 Bruxelles.
Cette demande sera accompagnée d'une copie de sa carte d'identité et mentionnera le nom et l'adresse du médecin auquel notre médecin conseil pourra communiquer les éventuelles données relatives à sa santé.
Cette personne a, par ailleurs, le droit d'obtenir la rectification ou la suppression de ses données en cas d'inexactitude, ainsi que de s'opposer au traitement à des fins de marketing direct en en faisant la mention expresse à côté de sa signature sur le présent document.

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.

Attestation médicale

Nom du blessé: _____

Prénoms: _____

- Cause de l'accident: _____
- Description des lésions: _____
- Traitement suivi: _____
- Etat habituel de santé: _____
- Infirmités antérieures: _____
- Suites probables: _____

Durée probable de l'incapacité de travail: _____

Est-elle totale? ☐ Oui ☐ Non

Le patient peut-il vaquer partiellement à ses occupations ordinaires? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, dans quelle mesure: _____

Premier jour d'incapacité: _____

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

Remarques spéciales: _____

Fait à _____ , le _____

Signature du médecin:

Allianz Belgium s.a.
Rue de Laeken 35
1000 Bruxelles
Tél. : +32 2 214.61.11
Fax : +32 2 214.62.74
Website : http://www.allianz.be

Entreprise d'assurances agréée sous
le numéro de code 0097 pour pratiquer
les branches «Vie» et «non Vie»
A.R. 04/07/79 - M.B. 14/07/79
A.R. 19/05/95 - M.B. 16/06/95
Branche 26 (CBFA 22/08/06 - MB 28/08/06)

TVA : BE 0403.258.197 - RPM Bruxelles
Compte financier n° 310-0140765-07
Autre siège d'exploitation :
Borzestraat 10 2000 Antwerpen
Tél. : +32 3 222.55.11 - Fax : +32 3 225.31.40