

Déclaration d'accident

Accidents personnels

Preneur d'assurance

Numéro de contrat : _____
 Nom et prénom : _____
 Rue et numéro : _____
 Code postal : _____ Localité _____

Victime - assuré

Nom en prénom : _____
 Rue et numéro : _____
 Code postal : _____ Localité _____
 Profession : _____
 Téléphone : _____ Date de naissance _____
 Assurance contre les accidents auprès d'une autre compagnie? Oui Non
 Si oui, auprès de quelle compagnie? _____ Numéro de police _____

Accident

Date _____ Heure _____ Lieu _____

Accident de la route

La victime était-elle conducteur/passager* d'un véhicule? Oui Non Si oui, marque : _____
 Numéro de plaque _____ Nom du propriétaire _____
 La police a-t-elle dressé un procès-verbal? Oui Non Si oui, numéro de PV : _____
 Werd er een bloedproef afgenomen? Oui Non PV dressé par : _____
 Y a-t-il des témoins de l'accident? Oui Non Si oui, nom et adresse : _____
 Nom et prénom : _____
 Rue et numéro : _____
 Code postal : _____ Localité _____

Accident de travail

Coordonnées assureur d'accidents de travail : _____

Accident de sport

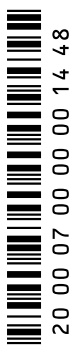
Sport : _____
 Compétition? Oui Non Club de sport : _____

Accident privé

Causes et circonstances de l'accident (description complète s.v.p.)

Lésions provoquées par l'accident : _____
 Hospitalisation? Oui Non Durée : _____ Situation actuelle : _____

(*) Biffer la mention inutile



Je déclare avoir répondu sincèrement aux questions ci-dessus, sans dissimuler quoi que ce soit. J'autorise les médecins et les autres personnes contactées par l'entreprise d'assurances à communiquer confidentiellement à son service médical les renseignements demandés ayant trait au contrat d'assurance.

Vos données personnelles sont traitées par ERGO Insurance sa, rue de Loxum 25 à 1000 Bruxelles ('ERGO'), à des fins de gestion des clients, de souscription et d'exécution des polices, de gestion de risques alourdis, de comptabilité et de facturation, et de réassurance.

ERGO attache une grande importance à la protection de la vie privée et met tout en œuvre pour protéger et pour traiter les données personnelles conformément aux dispositions légales relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

Vous avez le droit de consulter toutes les données qui vous concernent et le cas échéant, de les faire modifier ou supprimer selon les conditions prévues par la loi sur la vie privée.

Pour exercer ces droits, vous pouvez vous adresser à l'adresse e-mail suivante: privacy@ergo.be.

J'autorise ERGO Insurance sa à traiter les données médicales qui me concernent à des fins de gestion et d'exécution des polices. De plus, je me déclare d'accord sur le fait que les données médicales qui me concernent seront traitées par le médecin-conseil et/ou le service Claims d'ERGO Insurance sa.

Signature de l'assuré

Je certifie avoir répondu à toutes les questions de manière complète et véridique et suis conscient(e) du fait que toute donnée volontairement incomplète ou fautive pourra entraîner la perte des prestations d'assurance.

Fait à _____, le _____

Signature de l'assuré

Conformément à la réglementation européenne, GDPR, ERGO Insurance sa a mis à jour sa politique relative à la vie privée et au traitement des données personnelles, ses règles de confidentialité et ses clauses contractuelles. Notre déclaration Vie privée a été mise à jour et est disponible sur notre site internet. Ce nouveau cadre donne plus de transparence quant à nos finalités, les données que nous recueillons et leurs traitements. Vos données à caractère personnel seront aussi encore mieux protégées et gérées.

Nous vous rappelons que l'information et la mise à jour de vos données dépend des informations que vous nous fournissez. Nous vous invitons à revoir ou compléter vos données personnelles, accompagné d'une copie de votre carte d'identité et un certificat de résidence (vignette de la mutuelle ou copie d'une facture de télécommunication ou de votre fournisseur d'énergie). La communication de votre adresse email sera aussi d'un grand support à cet égard.

Certificat médical

ERGO

A faire remplir par le médecin traitant.

Remarque: Le médecin doit être établi en Belgique ou au Grand-Duché de Luxembourg, en fonction de votre domicile. Aucun lien de parenté ne peut exister entre le médecin et le candidat-assuré.

Médecin

Nom et prénom : _____
Rue et numéro : _____
Code postal : _____ Localité _____

Assuré

Numéro de contrat : _____
Nom et prénom : _____
Rue et numéro : _____
Code postal : _____ Localité _____

Lésions

Quelles sont les lésions qui ont été causées par l'accident déclaré au verso? _____
Quelles sont les parties du corps qui ont été blessées? _____
Nature des blessures (fracture, foulure, froissement, etc.)? _____
Mentionner les suites certaines ou probables de la lésion constatée: décès, incapacité permanente totale ou partielle, incapacité temporaire totale ou partielle, en indiquant la durée probable de cette incapacité temporaire. _____

Traitement

• Si l'une des interventions ci-contre s'avère nécessaire, veuillez l'indiquer: _____
• Durée probable de la suite du traitement médical? Du _____ au _____
• Un traitement spécial doit-il être prescrit? Lequel? _____
• Depuis quand le traitement médical est-il terminé? Depuis _____
• Durée de l'hospitalisation? Du _____ au _____
• Durée probable de la suite de l'hospitalisation? Du _____ au _____

- Intervention d'un spécialiste (éventuellement nom et adresse).
 Des radiographies doivent être faites.
 Le blessé doit être hospitalisé.

Renseignements

Quel jour et à quelle heure les soins du médecin ont-ils été demandés pour la première fois? Jour _____ heure _____

Le blessé est-il soigné? à domicile?
 à l'hôpital? Lequel? _____

Depuis quand et jusqu'à quand? Du _____ au _____

Etes-vous le médecin de famille du blessé? Oui Non
Si non, qui est son médecin de famille? _____

Selon vous, l'accident s'est-il produit de la façon indiquée au verso? _____

Pensez-vous que l'assuré était sous l'influence de l'alcool au moment de l'accident? _____

Le blessé souffre-t-il ou souffrait-il déjà avant l'accident d'infirmités physiques, de maladies ou d'affections qui ont pu contribuer directement ou indirectement à l'accident ou pourraient entraver la guérison? _____

Quel était le pourcentage d'invalidité avant l'accident? _____ %. Depuis quand? _____

Le blessé souffrait-il ou souffre-t-il d'une maladie mentale/névrose? Oui Non. Depuis quand? _____

Date de la reprise du travail? Le _____ jour, _____



20 00 07 00 00 00 14 48

La Compagnie invite la personne à assurer à communiquer au Médecin-Conseil, sous pli confidentiel, les divers documents médicaux en sa possession et susceptibles de faciliter l'appréciation de son

état de santé. Ceci pourra éviter éventuellement une visite médicale ou d'autres examens que la Compagnie se réserve le droit de demander lors de la souscription d'un contrat.

Fait à _____, le _____

Cachet et signature du médecin