

# Déclaration d'accident

## Accidents personnels

Numéro de contrat : \_\_\_\_\_

### Preneur d'assurance (s'il n'est pas l'assuré)

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Rue et numéro : \_\_\_\_\_

Code postal et localité : \_\_\_\_\_

### Victime - assuré

Nom en prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe :  M  F

Adresse officielle : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Tel./GSM : \_\_\_\_\_ E-mail\* : \_\_\_\_\_

Assurance contre les accidents auprès d'une autre compagnie ?  Oui  Non

Si oui, auprès de quelle compagnie ? \_\_\_\_\_ Numéro de police : \_\_\_\_\_

(\*) L'adresse e-mail est demandée afin de communiquer au sujet des documents contractuels et de la gestion future du contrat.

## 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 : \_\_\_\_\_Werder 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



20 00 07 00 00 14 48

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 à caractère personnel sont traitées par ERGO Insurance sa, dont le siège social est établi Rue de Loxum 25, 1000 Bruxelles («ERGO»), en sa qualité de responsable de traitement, à des finalités de (i) élaboration de propositions d'assurance; (ii) la souscription et l'exécution de contrats d'assurance, y compris des évaluations de risques (pouvant donner lieu à une prise de décision automatisée) et des évaluations d'adéquation; (iii) le respect des obligations (pré-)contractuelles et des obligations découlant de la relation d'assurance; (iv) la gestion des sinistres et la couverture des dommages dans le cadre de l'exécution du contrat d'assurance; (v) réclamation auprès de tiers responsables d'un sinistre; (vi) d'éventuels litiges; (vii) la prévention, la détection et les enquêtes en matière de fraude à l'assurance et (viii) la réassurance.

Dépendant des finalités de traitement, ERGO s'appuie sur (i) la nécessité d'exécution du contrat d'assurance, (ii) la nécessité d'accomplir les obligations juridiques incombant à ERGO et (iii) les intérêts légitimes d'ERGO. Lorsque ERGO s'appuie sur des intérêts légitimes, cela inclut l'introduction, l'exécution ou la défense d'actions en justice, la prévention et la détection des fraudes, la poursuite d'activités et d'objectifs commerciaux ainsi que le maintien et le développement de notre relation avec vous.

Le refus de communiquer vos données personnelles à ERGO peut empêcher la conclusion et / ou la bonne exécution du contrat d'assurance.

Vos données personnelles peuvent être partagées au sein d'ERGO si nécessaire dans le cadre de l'exécution des activités de l'entreprise. En outre, ERGO peut communiquer vos données personnelles à ses sous-traitants et prestataires de services.

ERGO utilise des procédures pour le traitement de vos données personnelles, éventuellement aussi pour des données médicales, qui permettent une prise de décision automatisée. Cette prise de décision automatisée peut avoir une influence sur la conclusion ou l'exécution d'accords (par exemple, la gestion de polices, la gestion des réclamations, etc.). À cet égard, vous avez toujours le droit d'obtenir une intervention humaine, de clarifier votre point de vue et de contester la prise de décision automatisée.

Vos données personnelles ne seront pas conservées plus longtemps que nécessaire aux fins pour lesquelles ERGO les traite. En outre, les lois et règlements applicables à ERGO fixent des délais minimaux pour le stockage de données à caractère personnel.

Vous avez le droit de demander l'accès à vos données personnelles, de les rectifier ou de les supprimer, au droit à la portabilité de vos données, de limiter le traitement de vos données personnelles ou de vous opposer à ce traitement. Vous avez le droit de vous opposer à tout moment au traitement de vos données personnelles à des fins de marketing direct. Vous avez également le droit de déposer une plainte auprès de l'autorité de surveillance. Si vous souhaitez recevoir plus d'informations sur le traitement de vos données personnelles par ERGO ou si vous souhaitez exercer vos droits, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données d'ERGO à l'adresse [privacy@ergo.be](mailto:privacy@ergo.be). Pour plus d'informations sur le traitement des données personnelles, voir [www.ergo.be](http://www.ergo.be) sous la rubrique 'Informations Juridiques'. Une version papier est disponible sur demande.

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, ac-

compagné 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).

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

### Données médicales

**Par la présente, je donne mon consentement explicite à ERGO de traiter mes données médicales** (ou le mineur dont je suis le représentant légal) pour les finalités susmentionnées. De plus, je confirme avoir le droit de retirer mon consentement à tout moment. Cela peut toutefois entraver la conclusion et / ou l'exécution du contrat d'assurance.

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature pour accord

# Certificat médical



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:

Intervention d'un spécialiste (éventuellement nom et adresse).

Des radiographies doivent être faites.

Le blessé doit être hospitalisé.

• 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 \_\_\_\_\_

## 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 ?

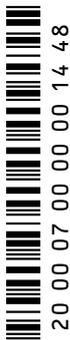
\_\_\_\_\_ %. Depuis quand ? \_\_\_\_\_

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