



DECLARATION D'ACCIDENT	POLICE N° _____
Souscripteur	Nom - Prénoms : _____ Adresse : _____ Profession : _____
Victime	Nom - Prénoms : _____ Adresse : _____ Date de naissance : _____ Profession : _____ Quand la victime a-t-elle dû cesser ses occupations ? _____ Est-elle affiliée à une mutuelle ? <input type="checkbox"/> Oui - Veuillez l'aviser <input type="checkbox"/> Non Dispose-t-elle d'une autre assurance couvrant les frais médicaux ou l'hospitalisation ? <input type="checkbox"/> Oui : auprès de quelle Compagnie " ? _____ <input type="checkbox"/> Non
Bénéficiaire de l'indemnité	Nom - Prénoms : _____ Adresse : _____ Mode de paiement : _____
Accident	Date et heure : _____ Lieu précis : _____ Circonstances : _____ <small>(aussi détaillées que possible)</small> Genre : <input type="checkbox"/> Vie privée <input type="checkbox"/> Sport <input type="checkbox"/> Ecole <input type="checkbox"/> Agriculteur <input type="checkbox"/> Bénévole <input type="checkbox"/> Patron <input type="checkbox"/> Famille patron <input type="checkbox"/> _____
Témoins	Nom - Prénoms : _____ Adresse : _____
Tiers	Si un tiers est responsable de l'accident quelle est a) son identité (nom, adresse) ? _____ b) sa compagnie d'assurances? _____ c) votre assureur «défense et recours» _____
Si votre responsabilité est engagée, veuillez nous communiquer le nom de votre compagnie d'assurances	_____

Toute escroquerie ou tentative d'escroquerie envers la compagnie d'assurance entraîne non, seulement la résiliation du contrat d'assurance, mais fait également l'objet de poursuites pénales sur la base de l'article 496 du Code pénal. La compagnie d'assurances pourra le cas échéant, communiquer au GIE Datassur des données à caractère personnel pertinentes dans le cadre exclusif de l'appréciation des risques, de la gestion des contrats et des sinistres y relatifs.
Toute personne a le droit d'obtenir communication et, le cas échéant, rectification des données la concernant auprès de Datassur par une demande datée et signée accompagnée d'une copie de sa carte d'identité adressée à Datassur, 29 square de Meeûs à 1000 Bruxelles.

Les données communiquées peuvent être traitées par AXA Belgium en vue du service à la clientèle, de l'acceptation des risques, de la gestion des contrats et des sinistres ainsi que du règlement des prestations.

En vue d'offrir les services les plus appropriés, ces données pourront être communiquées aux entreprises du groupe AXA ou aux entreprises en relation avec celles-ci.

Les personnes concernées donnent leur consentement pour le traitement des données relatives à leur santé lorsqu'elles sont nécessaires à l'acceptation, la gestion et l'exécution du contrat par les gestionnaires intervenant dans le cadre de ce contrat. Ce traitement est prévu par la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée.

Toutes les informations seront traitées avec la plus grande discrétion.

Les personnes concernées peuvent connaître ces données, les faire rectifier et s'opposer gratuitement à leur traitement à des fins de direct marketing au moyen d'une demande datée et signée accompagnée d'une photocopie recto verso de la carte d'identité, adressée au service clientèle de la compagnie.

De plus amples informations peuvent être obtenues auprès du service clientèle de la compagnie.

Fait à _____, le _____ Signature de la victime



SINISTRE N° _____	CERTIFICAT MEDICAL	Nr° _____	POLICE
De M. le Docteur spécialiste en demeurant à	_____		
Souscripteur Nom - Prénoms Adresse	_____		
Victime Nom - Prénoms Date de naissance	_____		
Date de l'accident Date première visite	_____		
Lésions constatées	_____		
	S'agit-il d'une pathologie <input type="checkbox"/> traumatique <input type="checkbox"/> microtraumatique ?		
Incapacité résultant des lésions	Totale (1) - durée _____		
	Partielle _____ : Taux : _____ Durée : _____		
Suites présumées	_____		

La victime est soignée _____

Le traitement institué est le suivant : _____

Les prédispositions, maladies, infirmités préexistantes à l'accident qui pourraient anormalement aggraver les conséquences de celui-ci sont : _____

L'intervention d'un médecin spécialiste paraît être: utile - inutile.

La radiographie est: nécessaire - utile.

L'hospitalisation: s'impose - ne s'impose pas.

Il est à craindre qu'il subsistera une invalidité permanente qui consistera vraisemblablement en : _____

Observations : _____

(Signature)

Fait à _____ , le _____

(1) L'incapacité n'est totale que si la victime est incapable de toute activité professionnelle. Dans les autres cas, elle est partielle.



SINISTRE N° _____	CERTIFICAT DE GUERISON OU DE CONSOLIDATION	POLICE Nr° _____
De M. le Docteur spécialiste en demeurant à _____	_____	
Souscripteur Nom - Prénoms Adresse _____	_____	
Victime Nom - Prénoms Date de naissance _____	_____	
Date de l'accident _____	_____	

Je soussigné _____, Docteur en Médecine, domicilié à _____, déclare que la victime reprise en marge est guérie de ses blessures et en état de reprendre ses occupations à partir du _____

avec invalidité permanente - sans invalidité permanente.

L'incapacité a été :

totale du _____ au _____ inclusivement ;
 partielle à _____ % du _____ au _____ inclusivement ;
 partielle à _____ % du _____ au _____ inclusivement ;
 partielle à _____ % du _____ au _____ inclusivement ;

L'incapacité prévue au certificat de constatation a été notablement dépassée; en voici la cause: _____

Il y a }
 Il n'y a pas } invalidité permanente.

Les séquelles sont : _____

Fait à _____, le _____
 (Signature)

	Codification barème légal acc. du travail	Montant
Frais médicaux	_____	_____ EUR
Frais pharmaceutiques	_____	_____ EUR
	TOTAL :	_____ EUR
A payer _____		_____ EUR
Mode de paiement _____		

INSTRUCTIONS EN CAS D'ACCIDENT

1. Remplir immédiatement le volet A intitulé «DECLARATION D'ACCIDENT».
2. Faire remplir par le médecin le volet B intitulé «CERTIFICAT MEDICAL». Le remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques s'effectue sur présentation des pièces justificatives et dans les limites prévues au contrat.
3. Adresser la déclaration d'accident (volet A) ainsi que le certificat médical (volet B et ses annexes éventuelles) à :

AXA Belgium, Boulevard du Souverain 25 - 1170 Bruxelles.
4. Si la guérison n'est pas acquise à l'expiration du délai fixé par le médecin dans le premier certificat (volet B), faire établir un nouveau certificat médical constatant la prolongation d'incapacité de travail et l'adresser à AXA Belgium. Toute période d'incapacité de travail doit être justifiée par un certificat médical.
5. Si, à l'expiration de la période d'incapacité de travail reprise au premier certificat (volet B) ou à l'expiration de la dernière période de prolongation, la guérison est acquise, faire remplir le certificat de guérison (volet C) et l'adresser à AXA Belgium.

REMARQUE IMPORTANTE

L'indemnité pour incapacité temporaire est toujours **calculée sur la base des certificats médicaux** acceptés par la Compagnie.

Par conséquent, dans le but de sauvegarder ses intérêts, le bénéficiaire est tenu de se conformer aux instructions qui précèdent. .