

Assurance de Groupe Accidents

Déclaration d'accident

Policy 719.757.143

A.I.A.C.E.

Victime

Nom et prénom

Adresse

Date de naissance (j - m - a)

Sexe M F

Adresse email

N° téléphone

Banque (1)

N° de compte (1)

Code IBAN (2)

Code BIC (2)

(1) Obligatory (2) Obligatory, except for Belgium

Accident

Date

Heure

Lieu

Description détaillée des circonstances

Caisse de maladie

RCAM UE

Autre

Nom

N° d'affiliation

Adresse

Tiers impliqué dans l'accident (le cas échéant)

Nom et prénom

Adresse

Nom compagnie d'assurance

N° de contrat

Commissariat de police

N° de procès-verbal

Nombre pièces jointes

Certificat médical

Factures et honoraires

Autres

Fait à

Le

Signature

En vue d'une gestion rapide du contrat et/ou du dossier sinistre, et uniquement à cet effet, je donne par la présente mon consentement spécifique et informé quant au traitement des données médicales concernant moi-même et/ou les membres de ma famille (Article 7 de la loi belge du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée).

Assurance de Groupe Accidents

Certificat médical



Police 719.757.143

A.I.A.C.E.

A COMPLETER PAR LE MEDECIN TRAITANT

Victime

Nom et prénom

Adresse

Date de naissance (j - m - a)

Sexe M F

Date de l'accident

Date des premiers soins

Lésions constatées

Suites présumées

Guérison et date probable

Incapacité permanente de +/- % (selon barème européen)

Consistant en

Traitement

Radiographie nécessaire utile exécutée

Hospitalisation nécessaire Oui Non

Les maladies ou infirmités préexistantes qui ont aggravé les conséquences de l'accident sont

L'intervention d'un spécialiste paraît être utile inutile

Observations

Médecin traitant

Nom

Spécialiste en

Adresse

Fait à Le

Signature du médecin