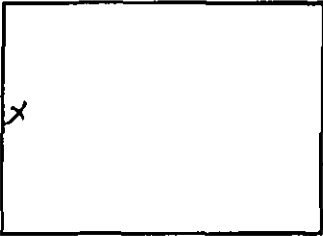




Avenue Gaillée 5
 B-1210 BRUXELLES
 Tél. 02-286 61 11
 Fax 02-286 70 50
 RPM Bruxelles TVA BE 0405.764.064
 IBAN: BE82-7995-5181-0568
 BIC: GKCCREBB
 e-mail : info@dviap.be

N° d'agence **741009**
 Nom - forme juridique **ASSURANCE**
 Adresse / Siège social **40, RUE DE RENAISSANCE
 1500 TOURNAI**
 N° RPM / TVA
 N° IBAN
 N° FSMA



Les **AP** assurances

Déclaration ACCIDENT CORPOREL

Numéro du contrat : **111529321**

Nom : Rue et numéro : Code postal et localité : Téléphone : Fax : IBAN	Preneur d'assurance	N° PSI 5 4 3 4 8 0 2 3 3	Victime
	FEDERATION NATALE DU HAINAUT AV. DES FRERES RINBAUT, 2 7500 TOURNAI		

VICTIME

a) Profession

b) Date de naissance

c) Etat civil

d) Composition de la famille

e) Profession et régime de travail du partenaire de la victime

ACCIDENT

a) Lieu de l'accident :
 (Ville, village, hameau, atelier, habitation, cour, etc.)

b) Jour, date et heure :

CAUSE ET CIRCONSTANCES Comment cet accident s'est-il produit ? (description précise)

.....

.....

.....

a) La victime exerçait-elle une activité professionnelle au moment de l'accident ? Dans l'affirmative, laquelle ?	a)
b) La victime a-t-elle continué à vaquer à ses occupations ? Dans l'affirmative, jusqu'à quelle date ?	b)
c) L'accident a-t-il été causé par un tiers ? Indiquez les nom, prénom et l'adresse de ce tiers. Est-il assuré ? Dans l'affirmative, auprès de quelle compagnie ? Numéro du contrat ?	c)
d) S'agit-il d'un accident survenu sur le chemin du travail ? Sur le chemin de l'école ?	d)

Y a-t-il eu des témoins oculaires de l'accident ? Dans l'affirmative, indiquez leurs nom et adresse et joignez leur déclaration sur une feuille séparée.

.....

Un procès-verbal a-t-il été établi ? Dans l'affirmative, par quelle autorité ?
A quelle date ? Numéro du PV ?

.....

Un alcootest ou une prise de sang ont-ils été pratiqués ? Sur qui ? Résultats ?

.....

Y a-t-il eu intervention de la mutuelle ? De l'assureur Accidents du travail ?
De l'école ? D'un autre assureur ?
Nom et adresse de ces assureurs ? Références ?

.....

(A remplir uniquement pour les déclarations RC/PJ)

A compléter si la victime est mineure d'âge : Parents ou tuteur : nom et prénom + adresse

.....

Salarié : nom et adresse de l'employeur

Indépendant ou profession libérale : A combien s'élève votre revenu annuel ?

.....

Avez-vous subi d'autres dommages (vêtements, objets personnels, autres) ?

non oui, donnez-en une énumération sur une feuille séparée et joignez les justificatifs

ATTENTION ! La présente déclaration ainsi que le certificat médical doivent nous être remis dûment complétés dans les HUIT jours qui suivent l'accident.

Protection de la vie privée

Le traitement des données à caractère personnel transmises aux AP et à leur intermédiaire peut s'effectuer dans le cadre du service à la clientèle, du traitement du risque et de la gestion des contrats et des sinistres. La loi accorde aux personnes que ces données concernent, un droit d'accès et de rectification. Tout renseignement complémentaire est disponible auprès de la Commission de la protection de la vie privée (loi du 8 décembre 1992).

Le soussigné déclare avoir donné tous les renseignements dont il a connaissance à propos de l'accident visé ci-dessus.

Etabli à (lieu), le (date)

Signature du déclarant,

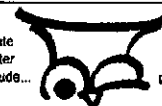
CERTIFICAT MEDICAL	
du Docteur domicilié à	
sur l'état de blessé le (date)	
1. Nature des lésions. Description détaillée de l'évolution des lésions depuis l'accident.	
2. La victime était-elle déjà atteinte de lésions ou de maladies qui ont aggravé les suites de l'accident? Lesquelles?	
3. a) Y a-t-il eu consultation d'un spécialiste? Lequel? b) La victime est-elle hospitalisée? Depuis quand?	3. a) b)
4. Indiquez : a) 1- si la victime est en incapacité totale de travail. 2 - si elle est autorisée à vaquer totalement ou partiellement à son activité habituelle. b) Quand l'incapacité de travail a-t-elle commencé? c) La durée probable de cette incapacité (le plus exactement possible). d) Si des suites graves sont à craindre pour l'avenir, p.ex. la mort ou une incapacité permanente. En quoi cette dernière consisterait-elle?	4. a) 1. 2. b) c) d)
5. a) Quand a-t-on fait appel pour la première fois à l'intervention d'un médecin? b) Lequel?	a) b)

Fait et certifié exact à (lieu), le (date)

Signature du médecin,

RÉSERVÉ AU CONSEILLER DES AP : <input type="checkbox"/> Le certificat médical fait défaut. L'assuré dispose/ne dispose pas d'un questionnaire médical. <input type="checkbox"/> Autres remarques :	RÉFÉRENCES DU CONSEILLER :
---	---

L'assurance met toute sa vigilance à dépister les tentatives de fraude...



...en revanche, vous qui êtes de bonne foi, vous pouvez compter sur nous.

Pour ne pas payer inutilement pour les autres, aidez-nous à prévenir les abus.