

# DÉCLARATION SINISTRE ACCIDENTS DROIT COMMUN

A envoyer à [cgi@soyermamet.be](mailto:cgi@soyermamet.be)

A

## DÉCLARATION D'ACCIDENT POUR LA POLICE

N°: 730 594 434

### SOUSCRIPTEUR (en caractères d'imprimerie svp.)

Nom:	AFGOLF
Prénoms:	
Domicile:	Chaussée du Château de la Bawette 5
Code postal et localité:	1300 Wavre
Profession:	

### VICTIME (en caractères d'imprimerie svp.)

Nom:	
Prénoms:	
Adresse:	
Code postal et localité	
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
Assuré en	<input type="checkbox"/> petits risques ou <input type="checkbox"/> grands risques

### Bénéficiaire de l'indemnité

Nom:	
Prénoms:	
Adresse:	
Code postal et localité:	
Compte bancaire:	
Numéro registre national	

## ACCIDENT

Date et heure:	_____
Lieu exact:	_____
Circonstances (le plus détaillé possible)	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

En cas d'accident avec un véhicule automoteur:

Type du véhicule:	_____
Vitesse maximale:	_____

La victime a-t-elle été soumise à un alcootest après cet accident:  Oui  Non

Si oui, le résultat était-il	<input type="checkbox"/> positif ou <input type="checkbox"/> négatif
Genre	<input type="checkbox"/> Vie privée <input type="checkbox"/> Sport <input type="checkbox"/> Mandataires <input type="checkbox"/> Agriculteur <input type="checkbox"/> Patron <input type="checkbox"/> Famille Patron <input type="checkbox"/> Aide non rémunéré

## TÉMOINS

Nom:	_____
Prénoms:	_____
Adresse:	_____
Code postal et localité:	_____

## Tiers

Si un tiers est responsable de l'accident :

Veillez préciser:	_____
a) son identité (nom, adresse)	_____
b) sa compagnie d'assurance	_____
c) votre assureur "défense et recours"	_____

Si votre responsable est engagée,

Veillez nous communiquer  
le nom de votre compagnie  
d'assurance:

---

---

---

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. En outre, l'intéressé sera repris dans un fichier du groupement d'intérêt économique Datassur, qui comporte tous les risques spécialement suivis par les assureurs qui y sont affiliés.

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. Il faut alors envoyer une demande datée et signée au service clientèle de la compagnie, accompagnée d'une photocopie recto verso de la carte d'identité.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ Signature de la victime