

AIG

EUROPE

Déclaration d'accident

AIG EUROPE, BOULEVARD DE LA PLAINE 11 - 1000 BRUXELLES - TEL 02/7399000 - FAX 02/7399103

PRENEUR D'ASSURANCE:

SPORTINEZ vzw
POSTBUS 73
3980 TESSENDERLO

Police N°: 2.451.854

Date de l'accident:/...../.....

Nom et prénom du blessé:

.....

Date de naissance:/...../.....

Profession:

Adresse:

.....

Compte bancaire:

Circonstances de l'accident

.....

.....

.....

.....

.....

Quelles est la nature et la durée des séquelles?

.....

.....

.....

Lieu du sinistre:

Nom et adresse des témoins:

.....

.....

Procès-verbal a-t-il été établi?

Si oui, par quelle autorité:

.....

.....

COLLEZ ICI VOTRE VIGNET D'IDENTIFICATION DE LA MUTUELLE

En vue d'une gestion rapide

du dossier sinistre,

et uniquement à cet effet,

je donne par la présente mon

consentement spécial quant au

traitement des données médicales

me concernant.

(article 7 de la loi du 8 décembre

1992 relative à la protection de la

vie privée).

J'autorise la compagnie à récupérer

les frais médicaux auprès de ma

mutuelle et je certifie l'exactitude

et l'intégralité des renseignements

complétés.

Date/...../.....

Signature

.....

GESTIONNAIRE:

Sinistre N°:

A REMPLIR PAR LE MÉDECIN-TRAITANT

Nom et adresse du médecin:

.....

Date et heure de l'accident:

.....

Nature des séquelles:

.....

Nom, prénom et adresse du blessé/malade:

.....

Quand avez-vous été appelé auprès du blessé? Date et heure:

.....

Prévoyez-vous une invalidité permanente? Laquelle et pour quelle raison?

.....

.....

Indiquez la date probable, selon vous, des premiers symptômes de la maladie. (à remplir en cas de maladie)

Avez-vous, hormis les séquelles de l'accident, constaté une infirmité ou une maladie dans le chef de l'assuré? Lesquelles?:

.....

De quelle façon cette infirmité ou maladie pourrait-elle influencer la guérison?

.....

.....

L'assuré peut-il partiellement vaquer à ses occupations?

.....

L'assuré doit-il selon vous rester au lit ou garder la chambre?

Pour quelle durée?

.....

Croyez-vous qu'un séjour en lieu hospitalier soit nécessaire?

Oui Non

Si oui, pour quelle raison? :

Pour quelle durée?

Evolution du degré d'incapacité

De % à % - Du au

De % à % - Du au

De % à % - Du au

Durée probable de l'incapacité?

.....

.....

Date probable de guérison:

Informations complémentaires:

.....

.....

.....

.....

Fait à:, le 19.....

Signature du médecin,

Nous demandons expressément aux médecins de ne pas laisser les questions ci-dessus sans réponse. Aussi nous leur demandons, si certains renseignements sont confidentiels, de nous les transmettre sous pli fermé à l'intention de notre médecin-conseil.