



N° de POLICE + N° de Certificat: 2004138/23001 Date du sinistre: / /

PRENEUR D'ASSURANCE

Nom et prénom: FACE NORD sa
Adresse: Chemin du Chêne aux Haies, 2 - 7000 MONS

Téléphone privé / travail: 065 / 84 44 30

E-Mail: info@facenord.be

Y a-t-il une couverture similaire auprès d'une autre compagnie? [] Non [] Oui, compagnie: numéro de police:

Avez-vous déclaré ce sinistre également à cette compagnie? [] Non [] Oui

ASSURE

Nom et prénom:

Date de naissance: / / Numéro de registre national: . . - . . .

Adresse:

Téléphone privé / travail: E-Mail:

CIRCONSTANCES

Accident moto [] Non [] Oui - cylindrée cc - Accident sport [] Non [] Oui, lequel?

Circonstances:

REMBOURSEMENT (cf. conditions de la police)

[] Preneur d'assurance [] Assuré [] Autre: description

Compte bancaire

N° IBAN: - - - - - BIC: - - - - -

[] Intermédiaire / courtier:

Le soussigné déclare avoir répondu aux questions de manière correcte et que toutes les informations données sont exactes. Le soussigné confirme également qu'aucune information liée au sinistre et aux circonstances qui l'ont causé n'a été omise.

Date: / /

Signature: _____



CERTIFICAT MEDICAL DE CONSTATATION

Tel. +32 2 739 96 20 | Fax +32 2 739 91 03



N° de POLICE + N° de Certificat: **2004138/23001**

Date du sinistre: ____ / ____ / ____

Données personnelles

Les données à caractère personnel (ci-après les « Données »), communiquées à AIG Europe Limited, Succursale de Belgique (ci-après « AIG ») sont traitées en conformité avec la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée. Les Données seront traitées dans le but d'assurer la bonne gestion et l'utilisation optimale des services fournis par AIG y compris l'évaluation des risques, la gestion des contrats, des sinistres et la prévention de crimes, comme la fraude ainsi qu'afin de permettre à AIG de se conformer à toutes ses obligations légales. Afin de réaliser ces objectifs, AIG peut être amené à communiquer les Données à d'autres sociétés du groupe auquel AIG appartient, à des sous-traitants ou des partenaires. Ces sociétés, sous-traitants ou partenaires peuvent être situés dans des pays en dehors de l'Espace Economique Européen qui n'offrent pas nécessairement le même niveau de protection que la Belgique. AIG prendra des mesures de précaution afin d'assurer la sécurité des Données.

Sauf opposition de la part de la personne concernée, les Données peuvent être utilisées à des fins de marketing.

Conformément à la loi, AIG réserve un droit d'accès, de modification ou d'opposition (en cas de motif légitime) au traitement effectué avec les Données.

Pour faire usage de ces droits, chaque personne concernée peut contacter AIG par écrit à l'adresse Blvd. de la Plaine 11, 1050 Bruxelles.

Pour autant que de besoin, la personne concernée donne par la présente son consentement au traitement et communication dans les limites et dans les conditions décrites ci-avant et particulièrement en ce qui concerne les données relative à sa santé. Vous trouvez la liste complète et, de manière plus générale, la Politique relative à la protection de la vie privée complète de l'Assureur sur www.aig.be/be-privacy-policy.

Date: ____ / ____ / ____

Signature de l'assuré: _____

A COMPLETER PAR LE MEDECIN-TRAITANT

Les Médecins sont priés de ne laisser aucune question sans réponse.

Des communications confidentielles peuvent être jointes sous pli scellé contenant la mention "secret médical".

RUBRIQUE A REMPLIR DANS TOUS LES CAS

Nom et prénom du patient: _____

Quand avez-vous été appelé auprès du patient: _____

Y a-t-il des antécédents médicaux en relation avec l'accident/la maladie? Non Oui, lesquels: _____

Nature du traitement: _____

Nature de la médication: _____

Durée et fréquence du traitement et de la médication: _____

RUBRIQUE A REMPLIR UNIQUEMENT DANS LES CAS D'ACCIDENT

Lieu, date et heure de l'accident: _____

Nature et étendue des séquelles: _____

Diagnostic exact et complet: _____

L'accident est-il la cause directe et unique de la lésion? OUI Non, autres causes: _____

RUBRIQUE A REMPLIR UNIQUEMENT DANS LES CAS DE MALADIE

Description détaillée de l'affection: _____

Avez-vous constaté chez le patient une autre maladie ou infirmité quelconque? Non Oui, lesquels: _____

Date des premiers symptômes: ____ / ____ / ____

Date probable de guérison: ____ / ____ / ____

Date: ____ / ____ / ____

Signature: _____



DECLARATION DE SINISTRE - RELEVÉ

Tel. +32 2 739 96 20 | Fax +32 2 739 91 03



N° de POLICE + N° de Certificat: 2004138/23001

Date du sinistre: ____ / ____ / ____

RELEVÉ

| | Numéro d'annexe + description | Date | Devise | Montant | Taux de change | € |
|----|-------------------------------|------|--------|---------|----------------|---|
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |
| 11 | | | | | | |
| 12 | | | | | | |
| 13 | | | | | | |
| 14 | | | | | | |
| 15 | | | | | | |

| | | |
|---|--------------|-------|
| Numéroter et joindre les justificatifs SVP | Sous-total | _____ |
| Intervention mutuelle / autre assurance ... | Déduction | _____ |
| | Total | _____ |

Le soussigné déclare que les informations données ci-dessus sont complètes, correctes et exclusivement liées au sinistre et que les frais n'ont pas été déclarés auprès d'une autre compagnie.

Par la présente, le soussigné autorise la compagnie à récupérer les frais auprès d'un tiers responsable.

Date: ____ / ____ / ____

Signature: _____



CERTIFICAT MEDICAL D'EVOLUTION

Tel. +32 2 739 96 20 | Fax +32 2 739 91 03



N° de POLICE + N° de Certificat: 2004138/23001

Date du sinistre: / /

Les données personnelles

Les données mises à disposition de la compagnie seront traitées dans le cadre de services rendus à l'assuré, de la gestion des contrats et des sinistres. La personne concernée donne son accord sur le traitement de ses propres données médicales. Elle a un droit d'accès et de rectification relatif à ces données. Elle peut obtenir de plus amples informations auprès de la Commission pour la Protection de la Vie privée (Loi du 08/12/1992 sur la protection de la vie privée). Elle donne son accord pour que le médecin conseil désigné par la compagnie puisse se procurer les données médicales nécessaires auprès du/des médecin(s) traitant(s), et se déclare également disposée à subir une expertise médicale, si le médecin conseil désire évaluer lui-même le dommage de l'assuré.

Elle donne son accord pour que le médecin conseil désigné par la compagnie puisse se procurer les données médicales nécessaires auprès du/des médecin(s) traitant(s), et se déclare également disposé à subir une expertise médicale, si le médecin conseil désire évaluer lui-même le dommage de l'assuré.

Date: / /

Signature de l'assuré: _____

A COMPLETER PAR LE MEDECIN-TRAITANT

Des communications confidentielles peuvent être jointes sous pli scellé contenant la mention "secret médical".

RUBRIQUE A REMPLIR DANS TOUS LES CAS

Nom et prénom du patient: _____

Adresse du patient: _____

Date de naissance du patient: / /

Date de sinistre: / /

Examen du: _____

PROPOSITION D'INCAPACITE (DE TRAVAIL)

% du / / au / /

% du / / au / /

% du / / au / /

% du / / au / /

Durée totale probable de l'incapacité (de travail): _____

Date probable de guérison et/ou reprise totale de travail: / /

DECLARATION DE POSSIBILITE DE REPRISE DE TRAVAIL

Le soussigné déclare que le patient peut reprendre le travail à partir du: / /

DECLARATION DE GUERISON SANS SEQUELLES

Le soussigné déclare que le patient est guéri sans séquelles en date du: / /

PROPOSITION DE CONSOLIDATION DES SEQUELLES

Le soussigné déclare que la situation du patient est consolidable en date du: / /

avec une proposition de % selon le B.O.B.I. article(s): _____

suivant les séquelles (décrire): _____

Date: / /

Signature: _____