

Relation des faits :
.....
.....
.....

Un procès-verbal a-t-il été dressé ? NON OUI Si OUI, Police de :
le N° P.V.

Qui est responsable de l'accident ? (nom et adresse de la personne responsable) :
.....

Le bénéficiaire des soins était-il, au moment du sinistre, au service d'un employeur, ou sur le chemin du travail ? NON OUI
Dans l'affirmative : quel est l'employeur ? (nom et adresse)

Auprès de quelle Compagnie est-il assuré pour les accidents du travail ?

Quelles sont les lésions encourues ?
.....

Période d'hospitalisation :
.....

Nom et adresse de l'établissement hospitalier :
.....

Je soussigné certifie que les réponses précédentes sont complètes et conformes à la vérité.

Je déclare avoir pris acte des conséquences légales graves, refus de paiement des garanties assurées, que peut entraîner toute réticence ou fausse déclaration dans le cadre de la déclaration du sinistre (art. 19-21 de la loi sur le Contrat d'Assurance terrestre).

Je m'engage à demander aux tiers (médecins traitants, établissements hospitaliers, organismes d'assurances sociales, autres entreprises d'assurances, autorités, etc...) tous les renseignements au sujet des maladies, accidents, infirmités survenus et à les communiquer au médecin conseil de la compagnie.

Je marque accord sur le fait que Fortis Insurance Belgium traite les données susmentionnées, moyennant respect de la loi sur la protection de la vie privée, en vue de et dans le cadre de la fourniture et de la gestion des services d'assurance en général, y compris l'établissement de statistiques.

Les données relatives à la santé peuvent uniquement être traitées sous la responsabilité d'un professionnel des soins de santé et l'accès à ces données est limité aux personnes qui en ont besoin pour l'exercice de leurs tâches.

Fortis Insurance Belgium ne communiquera pas ces données à des tiers.

Je marque cependant accord pour que Fortis Insurance Belgium communique ces données pour autant qu'il y ait dans son chef une obligation légale ou contractuelle ou un intérêt légitime.

Fait à, le

Signature de l'assuré (majeur) ou de la personne qui le représente légalement.