

## Déclaration en cas de maladie ou d'accident (Hospitalisation)

### Renseignements généraux

Nom, prénom et numéro matricule de membre du personnel assuré :  
(nom de jeune fille pour les femmes mariées)

Adresse : Rue :

N°/Boîte :

Code postal / Localité :

Tél. :

Compte bancaire (IBAN) sur lequel les frais doivent être payés :

Etes-vous assuré pour les frais encourus auprès d'une autre compagnie ?

Oui

Non

Si oui, laquelle :

(nom, adresse, police et / ou numéro de sinistre)

### Accident :

(à compléter par la personne soignée en cas d'accident du travail, de la vie privée ou sportif)

L'hospitalisation a-t-elle été causée par un accident ?

Oui

Non

Date et heure de l'accident :

S'agit-il d'un accident du travail ou sur le chemin du travail ?

Oui

Non

Causes et circonstances détaillées de l'accident :

Endroit exact de l'accident :

Noms et adresses des témoins :

Estimez-vous qu'il y a un tiers responsable :

Oui

Non

Si oui, nom et adresse :

Compagnie d'assurance :

N° du contrat :

Y a-t-il eu constat de police ?

Oui

Non

Si oui, n° du procès-verbal :

**Personne soignée**

Nom, prénom :

Date de naissance :

Sexe :

 Homme Femme

Lien de parenté avec le membre du personnel :

Période d'hospitalisation :

du

au

**Attestation médicale**

A remplir par vous-même ou à votre demande par votre médecin traitant

Nature de la lésion ou de l'affection :

Quel est le traitement appliqué ?

Date de la première consultation :

Existe-t-il un rapport avec un accident ou une maladie antérieure ?

Code I.N.A.M.I.

En cas de chirurgie, mentionner le code I.N.A.M.I. de l'intervention chirurgicale.

**Protection des données personnelles**

Les données personnelles récoltées dans le présent document sont récoltées dans la cadre de la gestion de votre contrat d'assurance ou d'un sinistre en conformité avec la réglementation sur les assurances et sur la protection des données personnelles. Elles ne seront transmises qu'aux personnes habilitées à en prendre connaissance. Elles ne feront en aucun cas l'objet d'une autre utilisation.

En fournissant les données médicales destinées à la gestion de votre contrat ou de votre sinistre et en signant le présent questionnaire, vous donnez expressément votre accord au traitement de ces données lors de la gestion de votre contrat ou de votre sinistre.

Pour tout renseignement complémentaire à propos du traitement, de la protection de vos données personnelles, vous êtes invité à consulter l'adresse internet (<http://www.allianz.be/fr/protection-des-donnees-personnelles/Pages/qui-sommes-nous.aspx>) où il vous est aussi possible de poser vos questions sur le traitement des données par la compagnie.

**Avertissement**

Toute escroquerie ou tentative d'escroquerie envers la compagnie d'assurances 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 est repris dans le fichier du groupement d'intérêt économique Datassur, Square de Meeûs 29 à 1000 Bruxelles, qui comporte tous les risques spécialement suivis par les assureurs qui y sont affiliés.

**Traitement des plaintes**

La loi belge est applicable au contrat d'assurance.

Sans préjudice de la possibilité d'intenter une action en justice, vous pouvez adresser toute plainte au sujet du contrat à :

- l'Ombudsman des Assurances, Square de Meeûs 35 à 1000 Bruxelles, fax: 02/547.59.75, [info@ombudsman.as](mailto:info@ombudsman.as),
- Allianz Benelux s.a. par mail à [plaintes@allianz.be](mailto:plaintes@allianz.be), par téléphone au 02/214.77.36, par fax au 02/214.61.71 ou par lettre à Allianz Benelux s.a., 10RSGJ, Rue de Laeken 35 à 1000 Bruxelles.

Date et signature  
de la personne soignée ou de son représentant légalDate et signature  
du médecin