



Déclaration de Sinistre

Top Accidents

CONFIDENTIEL

Nr de Contrat : Code Compagnie :

Sinistre n° :

Correspondance à envoyer : au producteur à l'assuré au preneur

Producteur / compte n° : Référence du producteur :

Dénomination :

Localité : Tél. : Fax :

Ce document doit être rempli par l'assuré le plus complètement possible ET être signé par l'assuré(e) et ensuite immédiatement être retourné à AG, à l'attention du médecin conseil.

Preneur

Nom et prénom ou dénomination :

Adresse complète [commune, rue, n°, bte] :

Tél. et/ou Gsm : Fax :

E-mail :

Compte bancaire : au nom de :

Assuré

Preneur d'assurance/son partenaire cohabitant Enfant du preneur d'assurance/de son partenaire cohabitant vivant encore à la maison*

Le petit-enfant cohabitant Camarade de jeu Chien/chat

Nom et prénom :

Adresse complète [commune, rue, n°, bte] :

Tél. et/ou Gsm : Fax :

E-mail :

Lieu et date de naissance : le / /

Profession :

Compte bancaire : au nom de :

N° d'identification du Registre national :

En cas de camarade de jeu :

Compte bancaire du chef de famille/tuteur :

Au nom de :

En cas de chien/chat :

DogID/CatID :

* à condition que ces enfants aient la même résidence principale qu'au moins un de leurs parents et que celle-ci se situe en Belgique.

▪ Si la victime est mineure d'âge et/ou camarade de jeu :

Nom, Prénom et adresse complète du chef de famille (ou tuteur) :

.....
.....
.....

▪ Y a-t'il une assurance auprès d'une autre compagnie pour le même risque ? oui non

Si oui, indiquez le genre, la compagnie et le numéro de police :

.....
.....
.....

Les données à caractère personnel recueillies sont traitées par AG en qualité de responsable du traitement, conformément au règlement général sur la protection des données du 27 avril 2016 et à toutes les autres réglementations belges applicables en matière de protection des données.

Les données sont traitées en vue des finalités suivantes : la gestion du sinistre repris sous rubrique.

Ces données pourront être le cas échéant communiquées à des tiers pour autant qu'il existe un intérêt légitime. Elles peuvent également être communiquées à toute personne ou instance dans le cadre d'une obligation imposée par la loi ou une décision judiciaire ou administrative.

Les données traitées sont conservées pendant toute la durée de la gestion du sinistre, la période de prescription légale ainsi que tout autre délai de conservation qui serait imposé par la législation et la réglementation applicables.

Dans les limites fixées par la réglementation vous avez le droit de prendre connaissance de vos données, le cas échéant, de les faire rectifier. Vous avez le droit de vous opposer au traitement de vos données, ainsi que le droit à leur effacement. Dans ces cas, AG pourrait se trouver dans l'impossibilité de poursuivre la finalité décrite ci-dessus.

Vous pouvez exercer vos droits au moyen d'une demande datée et signée accompagnée d'une photocopie recto verso de votre carte d'identité à envoyer par courrier à AG, Data Protection Officer, 1000 Bruxelles, Boulevard Emile Jacqmain 53, ou par email à : AG_DPO@aginsurance.be.

Plus d'informations peuvent être obtenues à la même adresse ainsi que dans la Notice Vie Privée d'AG sur le site web : www.aginsurance.be.

Je déclare expressément consentir au traitement des données à caractère personnel concernant ma santé ou celle de la personne que je représente, par AG et par ses mandataires en vue de la gestion du sinistre repris sous rubrique, en particulier la constatation et l'évaluation du dommage corporel et matériel encouru et à ce que ce traitement puisse être effectué en dehors de la responsabilité d'un professionnel de la santé. Le soussigné donne son consentement à un éventuel examen médical.

J'ai été informé de mon droit de retirer à tout moment mon consentement au traitement de données à caractère personnel concernant ma santé. Je reconnais que dans ce cas, AG se trouverait dans l'impossibilité de réaliser les finalités auxquelles j'avais consenti et/ou de donner suite à toute intervention.

Je soussigné(e) certifie que les réponses qui précèdent sont complètes et conformes à la vérité.

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

Fait à le / /

Nom, prénom et signature de l'assuré(e)

