



## Déclaration - Fédération JUDO

Numéro de police : .....

**Veuillez remplir cette déclaration le plus complètement possible, la signer et la renvoyer à AG Insurance**

### Données preneur d'assurance

Nom et Prénom ou dénomination : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Localité : .....

Tél domicile : ..... GSM: .....

Adresse e-mail : .....

N° BCE/TVA : .....

Compte bancaire - IBAN: ..... Au nom de : .....

### Données de la victime

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Localité : .....

Né(e) le : ..... / ..... / ..... à : .....

Tél domicile : ..... GSM: .....

Adresse e-mail : .....

Compte bancaire : ..... Au nom de : .....

NISS (numéro d'identification de la sécurité sociale) : .....

Nature et durée des études : .....

Année en cours au moment de l'accident : .....

Qualité : ☐ Elève interne ☐ Elève externe ☐ Autre [préciser] : .....

### Données des représentants légaux si la victime est mineure

	Parent ou représentant légal	Parent ou représentant légal
Nom :	.....	.....
Prénom :	.....	.....
Adresse:	.....	.....
Code postal :	.....	.....
Commune :	.....	.....
E-mail :	.....	.....
Tél. ou GSM :	.....	.....
Numéro BCE :	.....	.....
Compte bancaire - IBAN	.....	.....

L'accident \_\_\_\_\_

Date : ..... / ..... / ..... heure : ..... ☐ matin ☐ après midi

Lieu précis (commune - rue - carrefour - ...):

Circonstances \_\_\_\_\_

Description du lieu de l'accident et des circonstances (si nécessaire, utilisez une feuille séparée) :

☐ non ☐ oui

Si oui, quelle est son identité ? .....

☐ non ☐ oui

Si oui, auprès de quelle compagnie? .....

☐ non ☐ oui

Si oui, par la police de : .....

N° PV : ..... Date de transmission au Parquet : ..... / ..... / .....

☐ non ☐ oui

Pourquoi ?

## Notice Vie Privée

Les données à caractère personnel recueillies sont traitées par AG Insurance 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 Insurance 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 Insurance, Data Protection Officer, 1000 Bruxelles, Boulevard Emile Jacqmain 53, ou par email à : [AG\\_DPO@aginsurance.be](mailto:AG_DPO@aginsurance.be). Plus d'informations peuvent être obtenues à la même adresse ainsi que dans la Notice Vie Privée d'AG Insurance sur le site web [www.aginsurance.be](http://www.aginsurance.be).

## Important :

Toute fraude ou tentative de fraude entraîne l'application des sanctions prévues dans la législation applicable et/ou le contrat d'assurance et peut, le cas échéant, faire l'objet de poursuites pénales.

Le (la) déclarant(e) atteste de l'authenticité des renseignements communiqués dans la présente déclaration, même s'ils n'ont pas été écrits de sa main et s'engage à communiquer à la compagnie tout élément complémentaire en relation avec le présent dossier, dès qu'il(elle) en a connaissance.

Nom et prénom de la personne signataire : .....

Qualité : .....

Fait à ..... le ..... / ..... / .....

Signature :

## Envoi de la déclaration

La déclaration et les pièces jointes peuvent être envoyées par les moyens suivants :

### E-mail:

Site Noord: [schadebanoord.broker@aginsurance.be](mailto:schadebanoord.broker@aginsurance.be)

Site Sud: [sinrcsud.broker@aginsurance.be](mailto:sinrcsud.broker@aginsurance.be)

**Courrier postal :** AG Insurance  
Boulevard Emile Jacqmain 53  
1000 Bruxelles



## Déclaration - Fédération Judo

### Certificat Médical de Constatation - A remplir par votre médecin

Nos références/n° de dossier : .....

**Le certificat médical peut être renvoyé avec la mention « A l'attention du médecin-conseil d'AG Insurance »  
par E-mail ou par voie postale vers :**

E-mail : [sinrcsud.broker@aginsurance.be](mailto:sinrcsud.broker@aginsurance.be)

Courrier postal : AG Insurance, Boulevard Emile Jacqmain 53 à 1000 Bruxelles

**Le soussigné, docteur en médecine,** .....

Nom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Localité : .....

**certifie avoir interrogé et examiné personnellement :** .....

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Localité : .....

Né(e) le : ..... / ..... / ..... à (lieu) : .....

qui a été victime d'un accident survenu le : ..... / ..... / ..... à (lieu) : .....

**Conséquences de l'accident :** .....

Première consultation en rapport avec l'accident : ..... / ..... / ..... heure: .....

Description de la nature des blessures : .....

La victime a-t-elle été hospitalisée ☐ Oui, du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / ..... inclus ☐ non

La victime est-elle temporairement incapable d'exercer ses tâches quotidiennes (travail, études, tâches ménagères, ...) : ☐ oui ☐ non

Si oui, périodes et pourcentages d'incapacité :

du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / ..... inclus à ..... %

du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / ..... inclus à ..... %

du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / ..... inclus à ..... %

du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / ..... inclus à ..... %

La victime est : ☐ rétablie depuis le ..... / ..... / ..... ☐ toujours sous traitement jusqu'au : ..... / ..... / ..... (date probable)

et est rétablie ou se rétablira ☐ sans incapacité permanente ☐ avec une incapacité permanente de : ..... %

Informations complémentaires :

Fait le ..... à ..... / ..... / .....

Signature et cachet du médecin :

La compagnie d'assurances se réserve toujours le droit d'accepter ou de refuser un sinistre sur la base des conditions de police actuellement applicables.

Le tableau précité vous permet d'établir un aperçu des frais médicaux pouvant donner lieu à un remboursement par la compagnie.

Vous devez d'abord payer les frais médicaux au médecin, à l'hôpital, au pharmacien...

Ensuite, vous devez présenter ces notes de frais à votre mutuelle avant de nous les transmettre. La différence à charge du patient peut donner lieu à un remboursement par la compagnie.

Pour un traitement rapide, nous vous prions de joindre à la présente les justificatifs nécessaires et de les numéroté.

Les justificatifs sont, notamment, des factures d'hôpital détaillées, des notes d'honoraires de prestataires de soins, des notes de pharmaciens détaillées, un décompte de la mutuelle...

☐ Le patient est guéri depuis le: ..... / ..... / .....

☐ Le patient n'est pas encore guéri et souhaite recevoir un formulaire « attestation de frais médicaux » supplémentaire

[cocher la case appropriée]

Les indemnités sont à verser sur le numéro de compte bancaire : .....

Données du bénéficiaire [si différent du/de la soussigné(e)] :

Nom et prénom ou dénomination du bénéficiaire : .....

Adresse: .....

Code postal : ..... Localité : .....

Tél. domicile : ..... GSM : .....

Adresse e-mail : .....

Données du/de la soussigné(e) [si différent du bénéficiaire] :

Nom et prénom du/de la soussigné(e) : .....

Adresse: .....

Code postal : ..... Localité : .....

Tél. domicile : ..... GSM : .....

Adresse e-mail : .....

Établi à ..... le ..... / ..... / .....

Signature :