

## DECLARATION D'ACCIDENT

**VOLET A**

v.09.2019

Sinistre N°: ..... N° police : ..... Date de l'accident : .....

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PRENEUR D'ASSURANCES

Nom, prénom, adresse, n° de téléphone et adresse email :

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

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME

Nom, prénom, adresse, n° de téléphone et adresse email :

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

Date de naissance : ..... Profession : .....

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE DE L'INDEMNITE

Nom, prénom, adresse n° de téléphone

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

Numéro de compte en banque IBAN : ..... BIC : .....

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT

Date, heure et lieu précis : .....

Circonstances (détaillées) :

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

Quand la victime a-t-elle dû cesser ses occupations : .....

Est-elle affiliée à une mutuelle ? ..... L'a-t-elle avisée ? .....

La victime a-t-elle une autre assurance (individuelle) qui couvre le même risque ? .....

Si un tiers est responsable de l'accident, quelle est son identité (nom, adresse et compagnie d'assurances)

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

Une réclamation a-t-elle été introduite par la victime ou ses ayants droit ? Dans l'affirmative, à quelle date : .....

Fait à : ..... le : ..... Signature : .....

*Le soussigné certifie que les déclarations qui précèdent sont sincères, véritables et complètes dans tous les détails, mêmes si elles ne sont pas écrites de sa main, et donne aussi son consentement à l'Avis de Confidentialité ci-joint.*

<b>CERTIFICAT MÉDICAL</b>	<b>VOLET B</b>
	v.09.2019

Sinistre N°: ..... N° police : ..... Date de l'accident : .....

Le Docteur, spécialiste en, demeurant à :  
 .....  
 .....

Nom, prénom, adresse du preneur d'assurances :  
 .....  
 .....

Nom, prénom, adresse de la victime :  
 .....  
 .....

Date de l'accident : ..... Date de la première visite : .....

<b>LESIONS CONSTATÉES</b>
---------------------------

.....  
 .....

<b>INCAPACITE TEMPORAIRE RESULTANT DES LESIONS</b>
----------------------------------------------------

Totale - durée : ..... Partielle - taux - durée : .....

Suites présumées :  
 .....

La victime est soignée:  
 .....

Le traitement est le suivant :  
 .....

Les prédispositions, maladies, infirmités préexistantes à l'accident qui pourraient anormalement aggraver les conséquences de celui-ci sont :

.....

L'intervention d'un médecin spécialiste paraît être :	utile – inutile
La radiographie est :	nécessaire – utile
L'hospitalisation :	s'impose – ne s'impose pas

Il est à craindre qu'il subsistera une incapacité permanente qui consistera vraisemblablement en :

Observations :  
 .....

Fait à : ..... le ..... Signature : .....

# CERTIFICAT DE GUÉRISON - CONSOLIDATION

## VOLET C

v.09.2019

Sinistre N° ..... N° police : ..... Date de l'accident .....

Nom, prénom, adresse du preneur d'assurances :

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

Nom, prénom, adresse de la victime :

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

Date de naissance : ..... Date de l'accident : .....

Je soussigné, Dr. ....

.....  
 .....

déclare que la victime reprise en marge est guérie de ses blessures et en état de reprendre ses occupations à partir du :

.....

AVEC INCAPACITE PERMANENTE

SANS INCAPACITE PERMANENTE

L'incapacité a été :

totale du ..... au ..... inclusivement

partielle à ..... % du ..... au ..... inclusivement

partielle à ..... % du ..... au ..... inclusivement

L'incapacité prévue au certificat médical (volet B) a été notablement dépassée, en voici la cause :

.....  
 .....

IL Y A ..... % }  
 } **D'INCAPACITÉ PERMANENTE**  
 IL N'Y A PAS }  
 }

Les séquelles sont :

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

Le cas échéant : la personne EST – N'EST PLUS en bon état de santé physique et/ou psychique pour reprendre son sport aérien.

Fait à ..... le ..... Signature : .....

## INSTRUCTIONS EN CAS D'ACCIDENT

1. Remplir immédiatement le volet A intitulé "DECLARATION D'ACCIDENT"
2. Faire remplir par le médecin le volet B intitulé "CERTIFICAT MEDICAL"  
Le remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques s'effectue sur présentation des pièces justificatives et dans les limites prévues au contrat.
3. Adresser la déclaration d'accident (volet A) ainsi que le certificat médical (volet B et annexes éventuelles) à :  
[claims@aviabel.com](mailto:claims@aviabel.com)  
AVIABEL S.A. – Département Sinistres  
Blue Tower - Avenue Louise 326 – box 3  
1050 BRUXELLES – Belgique
4. Si la guérison n'est pas acquise à l'expiration du délai fixé par le médecin dans le premier certificat (volet B), faire établir un nouveau certificat médical constatant la prolongation d'incapacité de travail et l'adresser à AVIABEL. Toute période d'incapacité de travail doit être justifiée par un certificat médical.
5. Si, à l'expiration de la période d'incapacité de travail reprise au premier certificat (volet B) ou à l'expiration de la dernière période de prolongation, la guérison est acquise, faire remplir le certificat de guérison (volet C) et l'adresser à AVIABEL.

### REMARQUE IMPORTANTE

L'indemnité pour incapacité temporaire est toujours calculée sur la base des certificats médicaux acceptés par la Compagnie. Par conséquent, dans le but de sauvegarder ses intérêts, le bénéficiaire est tenu de se conformer aux instructions qui précèdent.

## AVIS DE CONFIDENTIALITÉ

Vos données, y compris les données à caractère personnel (ci-après les « Données ») sont traitées en conformité avec la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée et le Règlement Général sur la Protection des Données européen (UE) 2016/679 du 27 avril 2016.

Les Données sont traitées dans le but d'assurer la gestion optimale des services fournis, l'évaluation et l'acceptation des risques, la gestion et l'exécution des contrats et des sinistres, pour la prévention des crimes (comme la fraude), afin de défendre vos intérêts ainsi que ceux d'Aviabel et pour permettre à Aviabel de respecter ses obligations légales.

En signant ce document, vous donnez, pour autant que nécessaire, votre accord pour le traitement de vos Données sensibles qui sont nécessaire pour la gestion des sinistres et les buts identifiés dans les lois applicables sur la protection des données. Vous donnez aussi votre accord que ces Données sont traitées par un professionnel de la santé soumis à une obligation de secret professionnel, ou sous sa responsabilité (par ailleurs au conseiller médical d'Aviabel pour obtenir des informations médicales de la part du (des) médecin(s) traitant(s)), et vous autorisez également, si nécessaire, un éventuel examen médical.

Afin de réaliser ces objectifs et services pour vous, il se peut que Aviabel est amené à transférer les Données à des autres parties qui sont situés dans ou en dehors de l'Espace économique européen (EEA) par exemple, des autorités gouvernementales, des organismes de régulation, les services de détection et répression, des conseillers professionnels et juridiques, les auditeurs, des agents et sous-traitants, partenaires commerciaux et intermédiaires, affiliés, prestataires ou experts, ou si requis par la loi. Nous continuerons à prendre des mesures raisonnables pour protéger les Données en cas de transfert hors de l'EEA.

Dans certains conditions vous avez le droit en tant de personne concernée: de recevoir une copie des données à caractère personnel que nous avons collectées auprès de vous ; d'obtenir davantage de détails sur l'utilisation que nous faisons de vos données ; d'actualiser ou de corriger les données à caractère personnel que nous détenons sur vous ; d'exiger de nous que nous supprimions toute donnée à caractère personnel pour l'utilisation de laquelle nous n'avons plus de motif licite ; de limiter l'utilisation par nous de vos données à caractère personnel ; si vous n'êtes pas satisfait de l'utilisation par nous de vos données à caractère personnel, de déposer une plainte auprès de l'autorité de surveillance compétente.

Veuillez adresser toute question relative à nos pratiques en matière de confidentialité ou au présent avis à :

Nom : Délégué à la Protection des Données  
Courriel : [dpo@axiscapital.com](mailto:dpo@axiscapital.com)  
Adresse : Plantation Place South, 60 Great Tower Street, London EC3R 5AZ  
Téléphone : +44 207 877 3833

AVIABEL – Brussels branch of AxisSpecialty Europe SE  
Insurance Company authorised by the Central Bank of Ireland for classes 1, 5, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 16 and 18.  
Member of the INTERNATIONAL UNION OF AVIATION INSURERS  
Branch address: Blue Tower - Avenue Louise 326 - box 3 - B-1050 Brussels – Irish CRO n°353402 – VAT BE0719514524  
TEL +32 2 349 12 11 - FAX +32 2 349 12 99 – [claims@aviabel.com](mailto:claims@aviabel.com) – <http://www.aviabel.be>