

Déclaration de sinistre Contrat Travail de Bénévolat

Au nom de l'association assurée :

Numéro d'agrément :

| 1. Données à caractère personnel | Assuré ou victime (*) | Partie adverse (**) |
|----------------------------------|-----------------------|---------------------|
| Nom : | | |
| Rue et numéro : | | |
| Code postal et domicile : | | |
| Téléphone : | | |
| Fax : | | |
| Numéro de compte : | | |
| Profession : | | |
| Date de naissance : | | |
| Etat civil : | | |

(*) Le bénévole qui a causé le sinistre ou qui a subi un dommage corporel.

(**) La partie adverse est celle qui a subi un dommage par la faute du bénévole ou celle qui a causé le dommage au bénévole.

| 2. Accident | |
|---|---|
| Lieu de l'accident | |
| Jour, date et heure :..... | |
| L'accident s'est produit : <input type="checkbox"/> pendant l'activité du bénévole <input type="checkbox"/> sur le chemin de cette activité | |
| Cause et circonstances de l'accident : | |
| L'accident a-t-il eu des témoins oculaires ? Dans l'affirmative, indiquer leur adresse complète et communiquer leurs déclarations sur une feuille séparée | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Un procès-verbal a-t-il été établi ? Dans l'affirmative : numéro du PV Prière d'envoyer également la déclaration des verbalisants. | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Un véhicule a-t-il été impliqué dans l'accident ? Dans l'affirmative : immatriculation et marque du véhicule de la partie adverse | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| En cas d'accident de la circulation : Croquis de la situation de l'accident Indiquer avec précision : 1) votre position : par la lettre V 2) la position de la partie adverse : par la lettre T 3) le sens du déplacement : à l'aide d'une flèche --> 4) les signaux routiers sur votre trajet 5) les signaux routiers sur le trajet de la partie adverse. | |

| | |
|--|--|
| | |
| <p>L'accident a-t-il été causé par un tiers ? Dans l'affirmative, indiquer les nom, prénom et adresse de ce tiers. Est-il assuré ? Dans l'affirmative, auprès de quelle compagnie ? Numéro de contrat ? Qui, selon vous, est responsable de l'accident ? Pourquoi ?</p> | <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>.....</p> |
| <p>3. Dommage du bénévole</p> <p>Présentez-vous des dommages corporels ? Dans l'affirmative a) Nature des lésions b) Quel travail exécutiez-vous au moment de l'accident ? c) Avez-vous poursuivi l'activité ?</p> <p>Avez-vous des dommages matériels ?</p> <p>Dans l'affirmative : lesquels ? Joindre les justificatifs (p. ex. factures) svp</p> | <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>..... <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>.....</p> |
| <p>4. Dommage de la partie adverse</p> <p>Y a-t-il dommage corporel ? Dans l'affirmative, lequel ?</p> <p>Y a-t-il dommage matériel ? Dans l'affirmative, lequel ?</p> | <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non </p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non </p> |
| <p>Y a-t-il une intervention du Fonds des maladies ? D'une autre assurance ? Dans l'affirmative, laquelle + référence</p> | <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>.....</p> |

ATTENTION ! Nous attendons cette déclaration HUIT JOURS au plus tard après l'accident. Si le bénévole souffre de lésions corporelles, joindre le certificat médical dûment complété.

Protection de la vie privée

Les données à caractère personnel communiquées à Belfius Insurance SA et à son intermédiaire peuvent être traitées par Belfius Insurance SA dans l'optique du service au client, du traitement des risques et de la gestion des contrats et des dommages. La loi donne aux personnes concernées un droit d'accès et de correction. Des informations complémentaires peuvent être obtenues auprès de la Commission pour la protection de la vie privée (loi du 08.12.1992).

Le soussigné déclare avoir communiqué tous les renseignements en sa possession concernant cet accident.

Fait à (lieu),

le..... (date)

Signature du déclarant

Nombre d'annexes : certificat médical:.....
 autres :.....