

# DECLARATION DE SINISTRE ASSURANCE INDIVIDUELLE

*Ce formulaire doit être rempli par le responsable de l'activité dans l'association.  
Dès que possible, envoyez au PARKassurantiën*

Police n° 30 527 474

## BUREAU D'ASSURANCES

PARKassurantiën  
Paulus Beyestraat 40  
2100 Deurne

agent nr. 116449  
tel. (03) 325 91 10 – fax. (03) 325 91 01  
[vera.vandijck@parkassur.be](mailto:vera.vandijck@parkassur.be)

## PRENEUR D'ASSURANCE

Çavaria vzw, Kammerstraat 22, 9000 Gent  
avec WJNH vzw, Regenbooghuis vzw, HOB vzw et CHB asbl

Association assuré : .....

## RENSEIGNEMENTS RELATIFS A LA VICTIME

Nom et prénom

.....

Rue et n°

Code postal

Commune fusionnée

Fusion de communes

.....

Téléphone n° - privé

N° compte organisme financier

..... - ..... - .....

Date de naissance

Profession

.....

Mutuelle:

nom

adresse

n° d'affiliation

.....

Si l'accident est survenu à l'étranger, le formulaire spécial exigé par la mutuelle est-il rempli?

oui

non

La victime est-elle assurée en accidents corporels auprès d'une autre compagnie?

oui

non

Si oui, laquelle et sous quel numéro de police? .....

L'attestation médicale a été remise le ..... à .....



# ASSURANCE INDIVIDUELLE – ATTESTATION MEDICALE

A remplir par la victime (p.3) et le médecin (p.4) et à renvoyer immédiatement à PARKassurantiën

Police n° 30 527 474

## BUREAU D'ASSURANCES

PARKassurantiën  
Paulus Beyestraat 40  
2100 Deurne

agent nr. 116449  
tel. (03) 325 91 10 – fax. (03) 325 91 01  
[vera.vandijck@parkassur.be](mailto:vera.vandijck@parkassur.be)

## PRENEUR D'ASSURANCE

Çavaria vzw, Kammerstraat 22, 9000 Gent  
avec WJNH vzw, Regenbooghuis vzw, HOB vzw et CHB asbl

Association assuré : .....

## RENSEIGNEMENTS RELATIFS A LA VICTIME

Nom et prénom

.....

Rue et n° Code postal Commune fusionnée Fusion de communes

.....

Téléphone n° - privé N° compte organisme financier

..... - ..... - .....

Date de naissance Profession

.....

Mutuelle: nom .....

adresse .....

n° d'affiliation .....

Si l'accident est survenu à l'étranger, le formulaire spécial exigé par la mutuelle est-il rempli?  oui  
 non

La victime est-elle assurée en accidents corporels auprès d'une autre compagnie?  oui

non

Si oui, laquelle et sous quel numéro de police? .....

L'attestation médicale a été remise le ..... à .....

## CONSTATATION MEDICALE

### A remplir à la première consultation

1. L'accident a causés les lésions suivantes: .....  
.....  
.....
2. Entraînant.....  la mo  
  - une incapacité partielle de ..... jours à ..... %
  - une incapacité complète de ..... jours
3. L'incapacité a pris cours le: .....
4. Suite probable de l'accident: - invalidité permanente:  totale  partielle  
 due à.....  
 -  guérison complète
5. Durée probable de l'incapacité: .....
6. Traitement médical appliqué: .....
7. La victime doit-elle:
 

	oui	non		oui	non
- suivre un traitement spécial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- consulter un spécialiste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- faire prendre des radios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- être hospitalisée?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Le blessé était-il en bon état de santé?  oui  non
9. Un état antérieur (maladie ou blessures) peut-il exercer une influence sur les conséquences de l'accident?  
 oui  non Lequel? .....
10. La victime s'est présentée pour la première fois le: .....
11. Remarques particulières: .....  
.....  
.....

Fait de bonne foi à ..... le .....

Signature médecin + cachet,

