

## Déclaration d'accident activité de loisir

### Assurances accidents

N° Contrat : ..... Preneur d'assurance : .....

**Toujours compléter les VOLETS 1 et 2 et remplir, dater et signer le VOLET 3.  
Compléter et renvoyer le VOLET 4 uniquement si une partie adverse était impliquée dans l'accident.  
Le VOLET 5 est un certificat médical à faire compléter par votre médecin.**

Vous pouvez envoyer les documents complétés et les annexes éventuelles  
**par e-mail à : [federations@ag.be](mailto:federations@ag.be)**  
**ou par la poste : AG Insurance, boulevard Emile Jacqmain 53, 1000 Bruxelles**

#### VOLET 1 - DONNÉES ACTIVITÉ DE LOISIR (toujours compléter) : \_\_\_\_\_

Numéro d'agrément : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Localité : .....

Téléphone : ..... GSM : .....

Adresse e-mail : .....

Lieu et date de naissance : ..... le ..... / ..... / .....

Compte bancaire : ..... au nom de : .....

Profession ou activité : .....

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

Statut professionnel :  indépendant  autre

Indiquez de quelles assurances vous disposez :

Assurance hospitalisation :  via l'employeur  individuelle  mutualité  aucune

Assurance personnelle accidents :  via l'employeur  individuelle  aucune

#### VOLET 2 - DONNÉES CONCERNANT L'ACCIDENT (toujours compléter) : \_\_\_\_\_

##### • Localisation et description de l'accident

Date : ..... / ..... / ..... à ..... heure

Localisation exacte de l'accident : .....

L'accident est survenu pendant :  un trajet privé  un trajet de club  sur le chemin du travail/de l'école  
 une excursion - nom : .....

##### • Y a-t-il des témoins de l'accident ? OUI NON.

Si oui, nom, prénom, adresse et numéro de téléphone :

.....  
.....

Décrivez les circonstances et les causes de l'accident de la manière la plus complète possible.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Complétez, datez et signez la partie ci-dessous et envoyez-la à AG Insurance.**

**VOLET 3 - DÉCLARATION RELATIVE À LA VIE PRIVÉE**

**Déclaration relative à la vie privée**

En tant que responsable du traitement, les données à caractère personnel collectées sont traitées conformément au Règlement général sur la Protection des Données (RGPD) du 27 avril 2016 et à toutes les autres réglementations belges applicables en matière de protection des données. Les données à caractère personnel sont traitées pour les finalités suivantes: la gestion du sinistre mentionné. Si nécessaire, ces données peuvent être transmises à des tiers à condition qu'il existe un intérêt légitime. Les données 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 période de la gestion du sinistre, la durée de prescription légale ainsi que tout autre délai de conservation qui serait imposé par la législation et la réglementation applicables. Dans les limites de la loi, vous avez le droit de prendre connaissance de vos données et de les faire rectifier le cas échéant. Vous pouvez vous opposer au traitement de vos données, ainsi que les faire supprimer. Dans ces cas, AG Insurance pourrait se trouver dans l'impossibilité de poursuivre les finalités décrites 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 e-mail à : [AG\\_DPO@aginsurance.be](mailto:AG_DPO@aginsurance.be). Vous pouvez obtenir davantage d'informations via la même adresse, ainsi que dans la Notice Vie Privée d'AG Insurance disponible sur le site : [www.aginsurance.be](http://www.aginsurance.be).

**Remarque importante :**

Toute fraude ou tentative de fraude entraîne l'application des sanctions prévues par la loi applicable et/ou le contrat d'assurance et peut, le cas échéant, faire l'objet de poursuites judiciaires. Le/la soussigné(e) confirme l'authenticité des informations fournies dans la présente déclaration, même si elles ne sont pas manuscrites et s'engage à transmettre tout renseignement complémentaire à la compagnie susmentionnée dès qu'il/elle en aura connaissance.

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

Qualité : .....

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

Signature :

**ENVOI DE LA DÉCLARATION**  
Vous pouvez transmettre la déclaration et les annexes :  
**Par e-mail :** [federations@ag.be](mailto:federations@ag.be)  
**Par la poste :** AG Insurance, Boulevard E. Jacqmain 53, 1000 Bruxelles

## VOLET 4 – ACCIDENT AVEC PARTIE ADVERSE

**Complétez la partie ci-dessous uniquement si une partie adverse est impliquée dans l'accident.  
Vous pouvez retourner ce document avec la déclaration.**

Vous avez une assurance familiale ?  OUI  NON

Si oui, mentionnez le nom et l'adresse de la compagnie d'assurances et le numéro de police :

.....

.....

Un procès-verbal a-t-il été établi ?  OUI  NON

Si oui, identité de l'autorité verbalisante ? .....

Établi le ..... / ..... / .....

Numéro de PV : .....

### • Renseignements relatifs à la partie adverse

|                                | Tiers lésé 1  | Tiers lésé 2  |
|--------------------------------|---|---|
| Nom :                          | .....   | .....   |
| Prénom :                       | .....   | .....   |
| Adresse :                      | .....   | .....   |
| Code postal :                  | .....   | .....   |
| Localité :                     | .....   | .....   |
| Adresse e-mail :               | .....   | .....   |
| Tél ou GSM :                   | .....   | .....   |
| a) Dommages subis:             |   |   |
| Dégâts matériels               | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| [nature et étendue]            | .....   | .....   |
| Dommages corporels             | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| [nature et étendue]            | .....   | .....   |
| b) Compagnie(s) d'assurances ? | .....   | .....   |
| Numéro(s) de police ?          | .....   | .....   |

Réalisez un schéma le plus complet possible de l'accident :

A large grid of 30 columns and 30 rows, intended for drawing a detailed diagram of an accident.

• Remarques ou informations supplémentaires :

A series of 12 horizontal dotted lines, intended for writing additional remarks or information.

**Merci de retourner ce document avec la déclaration.**

## VOLET 5 – CERTIFICAT MÉDICAL DE CONSTATATION

### À compléter par votre médecin

Notre référence/n° de dossier : .....

Je soussigné, docteur en médecine,

Nom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Localité : .....

Déclare avoir interrogé et examiné personnellement :

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Localité : .....

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

À la suite de son accident le : ..... / ..... / .....

### Conséquences de l'accident :

Date de la première consultation liée à l'accident : ..... / ..... / ..... Heure : .....

Description de la nature des lésions :

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

La victime a-t-elle été admise à l'hôpital ?  OUI, du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / .....  NON

Les blessures sont-elles dues à un accident de vélo ?  OUI  NON

Le traitement appliqué :

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

L'intervention d'un spécialiste est-elle requise ?  OUI  NON

Une radiographie et/ou échographie est/sont-elle(s) requise(s) ?  OUI  NON

Est-il question d'une situation préexistante ?  OUI  NON

Si oui, précisez : .....

Durée prévue de l'incapacité temporaire :

Du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / ..... à ..... % Du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / ..... à ..... %

Du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / ..... à ..... % Du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / ..... à ..... %

La victime est :  rétablie depuis le ..... / ..... / .....  encore en traitement jusqu'au ..... / ..... / ..... (date présumée)

et :  est ou sera rétabli(e) sans incapacité permanente  est ou sera rétabli(e) avec une incapacité permanente de ..... %

Renseignements complémentaires :

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

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

Signature et cachet du médecin :

**Le certificat médical peut être renvoyé avec la mention  
« A l'attention du médecin-conseil d'AG Insurance »**

Par e-mail : [federations@ag.be](mailto:federations@ag.be)

Par la poste : AG Insurance, Boulevard E. Jacqmain 53, 1000 Bruxelles