



Cher(s) parent(s),

Concerne: ACCIDENT SCOLAIRE

Veuillez trouver ci-joint un formulaire pour déclarer l'accident scolaire de votre enfant.

Veuillez remplir le formulaire ci-joint et l'envoyer par e-mail à shany.gaupin@wtwco.com et mettre le Directeur adjoint Finances et Administration en copie
MOL-DEPUTY-DIRECTOR-FINANCE-AND-ADMINISTRATION@eursc.eu .

En vous remerciant pour votre collaboration.

Meilleures salutations.

L'infirmière,
Yoke Moortgat.



Accident

Déclaration de sinistre

ACCIDENT & HEALTH

claims.be@aig.com

Fax +32 2 739 91 02

INFORMATIONS GENERALES

Identification

N° de Police + N° de Certificat:

Date du sinistre:

Preneur d'assurance

Nom du Preneur d'assurance:

Adresse complète:

Téléphone:

E-mail:

Y a-t-il une couverture similaire auprès d'une autre compagnie? Non, Oui, compagnie + N° de police:

Avez-vous déclaré ce sinistre également à cette compagnie? Non, Oui

Assuré

Nom et prénom:

Adresse complète:

Pays de domicile:

Téléphone privé / professionnel:

E-mail:

Date de naissance:

Circonstances

Accident moto: Non, Oui - Cylindrée: cc | Accident sport: Non, Oui, lequel?:

Circonstances:

Remboursement (cfr. conditions de la police)

Preneur d'assurance Assuré Autre: description:

Compte bancaire en Belgique: N° IBAN: - - - - - - - - - - - BIC:

Compte bancaire hors de Belgique: N° IBAN:

BIC:

Courtier:

Date:

Signature:

Le soussigné déclare avoir répondu aux questions de manière correcte et que toutes les informations données sont exactes.
Le soussigné confirme également qu'aucune information liée au sinistre et aux circonstances qui l'ont causé n'a été omise.

| UNE DECLARATION DUMENT COMPLETEE FACILITE LA GESTION |



Accident

Déclaration de sinistre

ACCIDENT & HEALTH

claims.be@aig.com

Fax +32 2 739 91 02

RELEVE

Numéro d'annexe + description	Date	Devise	Montant	Taux de change	Euro
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

Numérotez et joindre les justificatifs SVP

Sous-total _____

Intervention mutuelle / transporteur / compagnie aérienne / autre assurance ...

Déduction _____

Joindre les justificatifs SVP

Total _____

Le soussigné déclare que les informations données ci-dessus sont complètes, correctes et exclusivement liées au sinistre et que les frais n'ont pas été déclarés auprès d'une autre compagnie.
Par la présente, le soussigné autorise la compagnie à récupérer les frais auprès d'un tiers responsable.

Date: _____

Signature: _____

Les attestations ou rapports médicaux doivent nous être adressés sous pli "confidentiel à l'attention du Médecin conseil AIG,
AIG Europe, boulevard de la Plaine 11, 1050 Bruxelles".
Veuillez mentionner le n° de police, votre nom complet et/ou le n° du dossier sinistre.



DONNEES PERSONNELLES

Comment utilisons-nous les Informations Personnelles ?

Nous, AIG Europe, nous engageons à protéger la vie privée de nos clients, demandeurs en indemnisation et autres contacts commerciaux.

Les "Informations Personnelles" sont des informations qui vous identifient et vous concernent, ou qui identifient et concernent d'autres individus (par ex., votre compagnon/compagne ou d'autres membres de votre famille). Si vous fournissez des Informations Personnelles d'un autre individu, vous devez (sauf convention contraire) informer cet individu du contenu de la présente clause et de notre Politique en matière de protection de la vie privée, et obtenir son autorisation (dans la mesure du possible) pour nous communiquer ses Informations Personnelles.

Quel type d'Informations Personnelles recueillons-nous et pourquoi ? – En fonction de notre relation avec vous, les Informations Personnelles recueillies peuvent inclure : coordonnées, informations financières et coordonnées bancaires, informations et note de solvabilité, informations sensibles sur l'état de santé (recueillies avec votre consentement si le droit applicable l'impose), ainsi que d'autres Informations Personnelles fournies par vous ou que nous obtenons dans le cadre de notre relation avec vous.

Les Informations Personnelles peuvent être utilisées à différentes finalités :

- Gestion des contrats d'assurance, par ex., communication, gestion des sinistres et indemnisation
- Faire des évaluations et prendre des décisions concernant la fourniture d'une couverture d'assurance, les conditions d'assurance et l'indemnisation des sinistres
- Assistance et recommandations pour des voyages et des problèmes médicaux
- Gestion de nos opérations commerciales et infrastructures informatiques
- Prévention, détection et enquêtes sur la criminalité, par ex., fraudes et blanchiment d'argent
- Établissement et défense de droits en justice
- Conformité légale et réglementaire (y compris respect des lois et règlements en vigueur dans des pays autres que votre pays de résidence)
- Surveillance et enregistrement des appels téléphoniques à des fins de contrôle qualité, de formation et de sécurité
- Etudes de marché et analyses
- Audit (interne)

Informations Personnelles Sensibles – en vue de la souscription d'une assurance et de l'évaluation d'un sinistre, nous collecterons, utiliserons et communiquerons certaines Informations Personnelles Sensibles concernant votre santé ou votre situation médicale. Lorsque nous les traitons, nous le faisons sur la base de votre consentement explicite ou comme autorisé par la loi.

Partage d'Informations Personnelles – Des Informations Personnelles peuvent être partagées aux fins susmentionnées avec des sociétés de notre groupe et des tiers (comme des courtiers et d'autres distributeurs d'assurances, assureurs et réassureurs, organismes d'évaluation du crédit, professionnels de santé et autres prestataires de services). Des Informations Personnelles seront communiquées à d'autres tiers (y compris aux autorités) si la loi ou la réglementation l'imposent. Des Informations Personnelles (y compris des informations sur les dommages corporels) peuvent être enregistrées dans les fichiers des sinistres accessibles aux autres assureurs. Des Informations Personnelles peuvent être communiquées à des acquéreurs et à des acquéreurs potentiels, et transférées au moment de la vente de notre société ou du transfert d'actifs de la société.

Transferts internationaux – En raison de la nature internationale de nos activités, des Informations Personnelles peuvent être transférées à des entités basées dans d'autres pays (notamment aux États-Unis, en Chine, au Mexique, en Malaisie, aux Philippines, aux Bermudes et dans d'autres pays qui peuvent avoir une législation en matière de protection des données différente de celle en vigueur dans votre pays de résidence). Lorsque nous procédons à ces transferts, nous prenons les mesures nécessaires pour que vos Informations Personnelles soient correctement protégées et transférées conformément à la législation applicable en matière de protection des données. Des informations complémentaires sur les transferts internationaux sont fournies dans notre Politique en matière de protection de la vie privée (voir ci-dessous).

Sécurité des Informations Personnelles – Des mesures de sécurité techniques et physiques appropriées sont mises en œuvre pour protéger vos Informations Personnelles. Lorsque nous fournissons des Informations Personnelles à un tiers (y compris à nos prestataires de services) ou que nous faisons appel à un tiers pour recueillir des Informations Personnelles pour notre compte, le tiers est sélectionné soigneusement et est tenu de mettre en œuvre des mesures de sécurité appropriées.



DONNEES PERSONNELLES - SUITE

Vos droits - La législation applicable en matière de protection des données vous reconnaît certains droits à l'égard de l'utilisation de vos Informations Personnelles. Ces droits s'appliquent uniquement dans certains cas, et sont soumis à quelques exceptions. Ces droits peuvent inclure le droit d'accéder à vos Informations Personnelles, le droit de corriger les données erronées, le droit à l'effacement de vos données ou à la limitation de leur utilisation. Ces droits peuvent également inclure le droit de transmettre vos données à une autre organisation, le droit de vous opposer à notre utilisation de vos Informations Personnelles, le droit de demander à ce que certaines décisions automatisées que nous prenons incluent une intervention humaine, le droit de retirer votre consentement et le droit d'introduire une plainte auprès de l'autorité en charge de la protection des données. Des informations complètes sur vos droits et les modalités d'exercice de ces droits sont fournies dans notre Politique de protection de la vie privée (voir ci-dessous).

Politique en matière de protection de la vie privée - Vos droits et les différentes manières dont nous pouvons recueillir, utiliser et communiquer vos Informations Personnelles sont précisés dans notre Politique en matière de protection de la vie privée sur: <http://www.aig.be/fr/protection-des-donnees-personnelles>. Vous pouvez également en demander un exemplaire par courrier à l'adresse suivante: Délégué à la Protection des données / Data Protection Officer, AIG Europe, Boulevard de la Plaine 11, 1050 Bruxelles ou par e-mail à: dataprotectionofficer.be@aig.com.

Consentement requis si vous nous communiquez des données médicales / relatives à la santé

Dans certaines circonstances, nous, AIG Europe, avons besoin de votre consentement afin de collecter, utiliser et communiquer des Informations Personnelles. C'est notamment le cas si les Informations Personnelles que vous nous communiquez comprennent des informations relatives à votre santé ou à votre situation médicale (Informations Personnelles Sensibles). Si vous donnez votre consentement à la collecte, utilisation et communication de vos Informations Personnelles Sensibles par nous, pour la finalité décrite ci-dessous, nous vous remercions de signer ci-dessous:

Finalité: Utilisation (en ce compris le transfert à des sociétés affiliées et à des tiers tels que des gestionnaires de sinistre, des conseils techniques/experts, des avocats et des réassureurs) d'Informations Personnelles Sensibles afin de s'assurer que nous puissions exécuter nos obligations et nos droits prévus ou en lien avec le contrat d'assurance ainsi qu'en vue de prévenir, détecter et investiguer les cas de fraude (à l'assurance), gérer les déclarations de sinistres, fournir une couverture d'assurance ou des services complémentaires.

Nom:

Date:

Signature:

En signant ce formulaire, vous consentez, par ailleurs, à ce que le médecin conseil que nous avons désigné puisse obtenir des informations médicales (entre autres des informations sur la cause du décès) de la part de votre (vos) médecin(s) traitant(s), et vous autorisez également, si nécessaire, un éventuel examen médical.

Vous avez le droit de retirer à tout moment votre consentement. Si vous souhaitez retirer votre consentement, veuillez prendre contact avec: dataprotectionofficer.be@aig.com ou par courrier au Délégué à la Protection des Données / Data Protection Officer, AIG Europe, boulevard de la Plaine 11, 1050 Bruxelles. Si vous refusez de donner ou retirez votre consentement, il se peut que nous soyons dans l'impossibilité d'exécuter nos obligations dans le cadre du contrat d'assurance ou de gérer votre déclaration de sinistre ou de vous fournir une couverture d'assurance.

Les attestations ou rapports médicaux doivent nous être adressés sous pli "confidentiel à l'attention du Médecin conseil AIG,
AIG Europe, boulevard de la Plaine 11, 1050 Bruxelles".

Veuillez mentionner le n° de police, votre nom complet et/ou le n° du dossier sinistre.



Accident

Déclaration de sinistre

ACCIDENT & HEALTH

claims.be@aig.com

Fax +32 2 739 91 02

CERTIFICAT MEDICAL

A compléter par le médecin-traitant

Les Médecins sont priés de ne laisser aucune question sans réponse.

Rubrique à remplir dans tous les cas

Nom et prénom du patient:

Quand avez-vous été appelé auprès du patient:

Y a-t-il des antécédents médicaux en relation avec l'accident/la maladie? Non Oui, lesquels:

Nature du traitement:

Nature de la médication:

Durée et fréquence du traitement et de la médication:

Rubrique à remplir uniquement dans les cas d'accident

Lieu, date et heure de l'accident:

Nature et étendue des séquelles:

Diagnostic exact et complet:

L'accident est-il la cause directe et unique de la lésion? Oui Non, autres causes:

Rubrique à remplir uniquement dans les cas de maladie

Description détaillée de l'affection:

Avez-vous constaté chez le patient une autre maladie ou infirmité quelconque? Non Oui, lesquels:

Date des premiers symptômes: _____ / _____ / _____ | Date probable de guérison: _____ / _____ / _____

Date:

Signature:

Les attestations ou rapports médicaux doivent nous être adressés sous pli "confidentiel à l'attention du Médecin conseil AIG,
AIG Europe, boulevard de la Plaine 11, 1050 Bruxelles".
Veuillez mentionner le n° de police, votre nom complet et/ou le n° du dossier sinistre.

AIG Europe S.A. est une compagnie d'assurance immatriculée au Luxembourg (RCS n° B 218806). Siège social: 35 D Avenue John F. Kennedy, L-1855, Luxembourg. AIG Europe S.A. est agréée par le Ministère Luxembourgeois des Finances et contrôlée par le Commissariat aux Assurances 7, boulevard Joseph II, L-1840 Luxembourg, GD de Luxembourg, Tel.: (+352) 22 69 11 - 1, caa@caa.lu, <http://www.caa.lu/>.

AIG Europe S.A., succursale Belge est située Boulevard de la Plaine 11, 1050 Bruxelles, RPM Bruxelles - TVA BE 0692.816.659, inscrite à la Banque Nationale de Belgique (BNB) sous le numéro 3084. La BNB est située Boulevard de Berlaimont 14 à 1000 Bruxelles, www.nbb.be | Citibank 570-1210370-62 - IBAN: BE51 5701 2103 7062 - BIC: CITIBEBX.

Vous trouverez notre Privacy et AssurMifid Policy sur www.aig.be.

AIG - A&H | DISABILITY CF - FR 20210615



CERTIFICAT MEDICAL D'EVOLUTION

A compléter par le médecin-traitant

Les Médecins sont priés de ne laisser aucune question sans réponse.

Rubrique à remplir dans tous les cas

Nom et prénom du patient:

Adresse du patient:

Date de naissance du patient: ____ / ____ / ____ Date de sinistre: ____ / ____ / ____

Examen du:

Proposition d'incapacité (de travail)

% du ____ / ____ au ____ / ____

% du ____ / ____ au ____ / ____

Durée totale probable de l'incapacité (de travail):

Date probable de guérison et/ou reprise totale de travail:

Déclaration de possibilité de reprise de travail

Le soussigné déclare que le patient peut reprendre le travail à partir du:

Déclaration de guérison sans séquelle

Le soussigné déclare que le patient est guéri sans séquelle en date du:

Proposition de consolidation des séquelles

Le soussigné déclare que la situation du patient est consolidable en date du:

avec une proposition de ____ % selon le B.O.B.I. article(s):

suivant les séquelles (décrire):

Date: _____

Signature: _____

Les attestations ou rapports médicaux doivent nous être adressés sous pli "confidentiel à l'attention du Médecin conseil AIG, AIG Europe, boulevard de la Plaine 11, 1050 Bruxelles".
Veuillez mentionner le n° de police, votre nom complet et/ou le n° du dossier sinistre.