



QUESTIONNAIRE BLESSE

Concerne: Votre référence :
 Notre référence :
 N° Police :
 Sinistre du :

Nom et prénom du blessé :

Adresse :

Téléphone :

Date de naissance :

E-mail :

Composition de famille :

Etat civil :

Profession :

Si accident sur le chemin du travail, coordonnées de l'assureur loi et le numéro de police :

.....
.....

Coordonnées de l'assurance individuelle et numéro de police :

.....
.....

Avez-vous subi des dommages matériels autres que ceux au véhicule ?

- Lesquels :
.....
.....
- Preuve d'achat ou devis :
.....
.....
- A défaut de preuve d'achat, merci de nous communiquer la date et le prix d'achat de chaque pièce.

Privacy notice

En qualité de responsable du traitement, nous mettons tout en œuvre pour traiter vos données à caractère personnel de manière sûre et intègre, et cela en conformité avec la réglementation en vigueur en matière de vie privée, et plus particulièrement avec le RGPD, Règlement général sur la protection des données (Règlement EU n° 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE).

Vous pouvez obtenir tous les détails relatifs à notre politique Vie Privée sur notre site :
<https://www.arces.be/privacy>



CONSTAT DE BLESSURES DU MEDECIN

Concerne: Votre référence :
 Notre référence :
 N° Police :
 Sinistre du :

Le soussigné, docteur en médecine,

Nom :

Adresse :

Déclare que :

Nom :

Adresse :

est victime d'un accident survenu le

Information concernant les conséquences du sinistre :

- Date et heure de la première consultation en rapport avec le sinistre :

.....

- Description de la nature des lésions :

.....

.....

.....

.....

.....

- La victime a-t-elle été hospitalisée ?

Si oui, du au inclus

- La victime est-elle temporairement incapable d'effectuer ses activités quotidiennes (travail, études, ménages, ...)

Période et degré d'incapacité :

Du au inclus à %

Du au inclus à %

Du au inclus à %

- Une guérison complète est-elle envisagée ?

Si oui, à quelle date

- Des séquelles sont-elles à prévoir ? (description et pronostic de leurs évolutions)

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

Fait le, à

Signature et cachet du médecin

Privacy notice

En qualité de responsable du traitement, nous mettons tout en œuvre pour traiter vos données à caractère personnel de manière sûre et intègre, et cela en conformité avec la réglementation en vigueur en matière de vie privée, et plus particulièrement avec le RGPD, Règlement général sur la protection des données (Règlement EU n° 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE).

Vous pouvez obtenir tous les détails relatifs à notre politique Vie Privée sur notre site :

<https://www.arces.be/privacy>



PROTECTION DES DONNEES

Règlement général sur la protection des données (Règlement UE n° 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données).

**Veillez nous retourner cette déclaration dûment complétée et signée à l'adresse suivante :
ARCES, route de Louvain-la-Neuve 10 bte 1 à 5001 NAMUR (sinistres@arces.be).**

Concerne: Votre référence :
 Notre référence :
 N° Police :
 Sinistre du :

Le soussigné (*),

donne par la présente le consentement spécial à ARCES, marque de P&V Assurances, Route de Louvain-la-Neuve 10 bte 1 à 5001 Namur, pour traiter les données médicales concernant :

Nom et prénom des victimes :

Adresse :

Les données à caractère personnel recueillies au moyen du présent document sont traitées par ARCES, marque de la Compagnie d'assurance P&V SCRL (ci-dessous la Compagnie), Route de Louvain-la-Neuve 10 bte 1 à 5001 Namur.

En sa qualité de responsable du traitement, la Compagnie peut traiter ces données à caractère personnel pour différentes finalités : la gestion des sinistres, en particulier la constatation et l'évaluation du dommage corporel encouru par vous (ou par la personne que vous représentez) ; la détection et la prévention de la fraude ; ainsi que le traitement à des fins statistiques.

Dans le seul cadre de ces finalités, les données à caractère personnel peuvent, si nécessaire, être communiquées à d'autres entreprises d'assurances concernées par l'indemnisation de votre dommage corporel (ou par celui de la personne que vous représentez), à leurs représentants en Belgique ou à l'étranger, à des réassureurs, à des bureaux de règlement de sinistres, à des experts, à des avocats, à des conseils techniques, à votre intermédiaire d'assurances (ou à celui de la personne que vous représentez) et, plus généralement, à toute personne ou entité qui exerce un recours ou contre qui un recours est exercé en relation avec le dommage corporel visé ci-avant.

La base juridique du traitement de données à caractère personnel est constituée selon le cas soit par le contrat d'assurance souscrit auprès de la Compagnie (dont références ci-dessus), soit par une disposition légale, soit par votre consentement (en nom personnel ou au nom de la personne que vous représentez), soit par l'intérêt légitime de la Compagnie.

ARCES
MARQUE DE P&V ASSURANCES SCRL

www.arces.be | info@arces.be
Entreprise d'assurance agréée sous le n° de code 0058
TVA BE 0402 236 531 - RPM Bruxelles
IBAN BE20 0682 3473 3256 | BIC GKCCBEBB

SIÈGE SOCIAL
Rue Royale 151
1210 Bruxelles

SIÈGE NAMUR
Route de Louvain-la-Neuve, 10 bte 1
5001 Namur
Tél : +32 81 35 42 00
Fax : +32 81 35 42 01

SIÈGE ANVERS
Desguinlei, 92
2018 Anvers
Tel : +32 3 259 19 70
Fax : +32 3 259 19 71

En signant la présente clause, **vous** (en nom personnel ou au nom de la personne que vous représentez) **donnez votre consentement au traitement par la Compagnie des données relatives à la santé** qui sont nécessaires dans le cadre de la réparation du dommage.

Votre consentement peut être retiré à tout moment. En cas de retrait du consentement, la Compagnie se trouverait dans l'impossibilité de donner une suite à toute demande d'intervention.

Les données relatives à la santé sont traitées avec la plus grande discrétion et uniquement par les personnes habilitées à le faire.

Les données à caractère personnel sont conservées par la Compagnie pendant la durée de la gestion du sinistre, qui sera adaptée chaque fois que les circonstances l'exigent. Cette durée sera prolongée par le délai de prescription afin que la Compagnie puisse faire face aux éventuelles actions qui seraient engagées après la clôture du dossier sinistre.

Vous pouvez toujours prendre connaissance des données personnelles qui vous concernent (ou qui concernent la personne que vous représentez) et, le cas échéant, les faire rectifier au moyen d'une demande datée et signée accompagnée d'une photocopie recto verso de votre carte d'identité (et de celle de la personne que vous représentez), adressée à la Compagnie, à l'attention du Data Protection Officer, dpo@pvgroup.be.

Vous pouvez, en outre, selon les mêmes modalités, et dans les limites prévues par le Règlement général sur la protection des données, vous opposer au traitement de vos données à caractère personnel (ou de celles de la personne que vous représentez) ou demander la limitation de celui-ci. Vous pouvez aussi demander l'effacement ou la portabilité des données à caractère personnel vous concernant (ou concernant la personne que vous représentez).

De plus amples informations peuvent être obtenues à la même adresse.

Une réclamation peut le cas échéant être introduite auprès de l'Autorité de protection des données.

Fait à, le __/__/20__ (date),

Pour rappel, par votre signature, vous (en votre nom personnel ou au nom de la personne que vous représentez) **donnez votre consentement au traitement par la Compagnie des données relatives à la santé** qui sont nécessaires dans le cadre de la réparation du dommage.

Pour accord, S. (signature) précédé de la mention « Lu et approuve »

.....

* Si la victime est mineure, c'est un des parents ou le tuteur légal qui signe, après avoir indiqué en toutes lettres et en majuscules ses nom, prénom et adresse.