

# Déclaration d'accident



Réservé à la mutualité

numéro de dossier:

Type:  DC  A  INT

## I Données d'identification de la victime

1. Nom et prénom .....  
Rue ..... numéro bte .....  
Commune ..... code postal .....
2. Numéro d'inscription auprès de la mutualité (voir carte SIS) .....
3. Vous êtes:  salarié  indépendant  fonctionnaire  chômeur  
 pensionné  invalide  personne à charge
4. Pour vous atteindre:  
téléphone ...../..... GSM ...../..... fax ...../  
e-mail .....

## II Données d'identification de la personne qui déclare l'accident (si ce n'est pas la victime)

1. Nom et prénom .....  
Rue ..... numéro bte .....  
Commune ..... code postal .....
2. Numéro d'inscription auprès de la mutualité (voir carte SIS) .....
3. Lien ou parenté avec la victime .....
4. Raison pour laquelle la victime ne complète pas elle-même la déclaration  
.....

## III Description claire et précise de l'accident

1. Date ...../...../..... heure .....
2. Lieu des faits (commune et pays) .....
3. Décrivez précisément et selon vos propres termes, comment les faits se sont déroulés  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

#### IV Description du dommage

1. Décrivez la nature de vos lésions

**Si vous possédez une attestation médicale, veuillez nous en transmettre une copie.**

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

2. Ces blessures sont la conséquence d'un accident antérieur

oui  non

Date de cet accident ...../...../.....

3. Vous avez été hospitalisé

oui  non

nom de l'hôpital ..... commune .....

hospitalisation du ...../...../..... au ...../...../.....

4. Nom, adresse et numéro de téléphone de votre médecin traitant

.....  
.....

**Complétez dans le tableau ci-dessous ce qui s'applique à votre situation.**

De quelle sorte d'accident avez-vous été victime?		Que faut-il compléter?	
1.	<input type="checkbox"/> Il ne s'agit pas d'un accident, mais d'une maladie ou traitement médical qui n'est pas en relation avec un accident <input type="checkbox"/> Il s'agit d'un accident pour lequel personne n'est responsable	Vous ne devez plus rien compléter mais seulement signer	
2.	<input type="checkbox"/> Accident de la circulation	Rubrique A	+ autorisation*
	<input type="checkbox"/> Accident du travail	Rubrique B	+ autorisation
	<input type="checkbox"/> Accident sur le chemin du travail	Rubriques A et B	+ autorisation
	<input type="checkbox"/> Coups et blessures volontaires (tels que bagarres et agressions) <input type="checkbox"/> Autre accident pour lequel un tiers peut être reconnu responsable (tels que accidents avec animaux, objets, bâtiments, incendies, catastrophes,...)	Rubrique C Rubrique D	+ + autorisation

**N'oubliez pas de signer en page 6**

\* Votre autorisation à la mutualité de prendre connaissance de vos documents médicaux auprès des compagnies d'assurances, médecins traitants ou hôpitaux.

**Accident de la circulation***Veillez joindre une copie du constat amiable d'accident automobile.*

1. Un procès-verbal a été dressé  oui  non  
***Si vous possédez le procès-verbal d'audition établi par la police, veuillez nous en transmettre une copie.***  
 Le PV a été établi par la Police de .....
- Date du PV ...../...../..... Numéro du PV .....
2. Vous étiez
- conducteur d'un véhicule**
- passager dans un véhicule**
- Nom et adresse du propriétaire du véhicule .....
- Compagnie d'assurance du véhicule .....
- Numéro de police .....
- Numéro de dossier .....
- Nom et téléphone de votre courtier d'assurance .....
- Nom et adresse de votre avocat .....
- piéton**
- cycliste**
- Compagnie d'assurance familiale ou d'assurance juridique .....
- Numéro de police .....
- Numéro de dossier .....
- Nom et téléphone de votre courtier d'assurance .....
- Nom et adresse de votre avocat .....
3. Partie adverse 1
- Nom et adresse .....
- Véhicule de la partie adverse  Auto  Moto  Cyclomoteur  Vélo  Autre .....
- Marque et Numéro d'immatriculation .....
- Compagnie d'assurance de la partie adverse .....
- Numéro de police .....
- Numéro de dossier .....
- Nom et adresse de l'avocat de la partie adverse .....
- Partie adverse 2 (si d'application)
- Nom et adresse .....
- Véhicule de la partie adverse  Auto  Moto  Cyclomoteur  Vélo  Autre .....
- Marque et Numéro d'immatriculation .....
- Compagnie d'assurance de la partie adverse .....
- Numéro de police .....
- Numéro de dossier .....
- Nom et adresse de l'avocat de la partie adverse .....
4. Vous avez réclamé un dédommagement auprès de la partie adverse  oui  non
- Vous avez déjà été indemnisé pour votre dommage corporel  oui  non
- Vous avez perçu un montant de .....euros

1. L'accident a eu lieu  
 pendant le travail  
 sur le chemin du travail  
**S'il s'agit d'un accident de la circulation avec une partie adverse, veuillez également compléter la rubrique A - accident de la circulation.**
2. Il y a eu des témoins de l'accident  oui  non  
 Nom et adresse des témoins  
 .....  
 .....
3. Vous avez informé votre employeur de l'accident du travail  oui  non
4. Nom et adresse de votre employeur  
 .....
5. Assureur-loi de votre employeur  
 .....  
 Numéro de police .....  
 Numéro de dossier .....
6. Votre employeur a transmis la déclaration d'accident du travail à son assureur-loi  oui  non
7. L'assureur-loi a pris la décision suivante:  
**Veillez joindre copie de la lettre de la compagnie d'assurance**  
 prise en charge  
 sous réserve (l'assurance n'a pas encore pris de décision)  
 refus
8. Concernant la décision de refus de l'accident du travail  
 L'accident du travail a été refusé à partir du ...../...../.....  
 Motifs du refus .....  
 Vous êtes d'accord avec ce refus  oui  non  
 Vous avez fait appel à votre syndicat ou à un avocat  oui  non  
 Nom et adresse de votre syndicat ou de votre avocat  
 .....  
 Téléphone .....  
 Numéro de dossier .....
9. Il s'agit d'une rechute d'un accident du travail antérieur  oui  non  
 L'incapacité de travail est déjà reconnue pour la période du ...../...../..... au ...../...../.....  
 L'incapacité de travail est contestée pour la période du ...../...../..... au ...../...../.....  
 La période d'incapacité de travail a été communiquée à l'assureur-loi ou  
 au Fonds des Accidents du Travail  oui  non  
 Numéro de dossier .....

**C****Coups et blessures volontaires***bagarres et agressions*

1. Un procès-verbal a été dressé  oui  non  
***Si vous possédez le procès-verbal d'audition établi par la police, veuillez nous en transmettre une copie.***  
 Le PV a été établi par la Police de .....  
 Date du PV ...../...../..... Numéro du PV .....  
 Compagnie d'assurance familiale ou d'assistance juridique .....  
 Numéro de police .....  
 Numéro de dossier .....  
 Nom et adresse de votre avocat .....  
 .....
2. Nom et adresse de la partie adverse .....  
 .....  
 Nom et adresse de l'avocat de la partie adverse .....  
 .....
3. Vous avez réclamé un dédommagement auprès de la partie adverse  oui  non  
 Vous avez déjà été indemnisé pour votre dommage corporel  oui  non  
 Vous avez perçu un montant de .....euros

**D****Autre accident pour lequel un tiers peut être reconnu responsable***tel que accident avec animaux, objets, bâtiments, incendies, catastrophes,...*

1. Un procès-verbal a été dressé  oui  non  
***Si vous êtes en possession de votre déclaration auprès de la police, veuillez nous en transmettre une copie.***  
 Le PV a été établi par la Police de .....  
 Date du PV ...../...../..... Numéro du PV .....  
 Compagnie d'assurance familiale ou d'assistance juridique .....  
 Numéro de police .....  
 Numéro de dossier .....  
 Nom et adresse de votre avocat .....  
 .....
- Nom et adresse de la partie adverse/propriétaire .....  
 .....
- Compagnie d'assurance .....  
 Numéro de police .....  
 Numéro de dossier .....  
 Nom et adresse de l'avocat de la partie adverse .....  
 .....
2. Il y a des témoins de l'accident  oui  non  
 Nom et adresse des témoins .....  
 .....
3. Vous avez réclamé un dédommagement auprès de la partie adverse  oui  non  
 Vous avez déjà été indemnisé pour votre dommage corporel  oui  non  
 Vous avez perçu un montant de .....euros

**Vous vous engagez à nous transmettre tous les documents concernant cet accident et toutes les informations utiles concernant le dommage et l'indemnité qu'on vous a offert à ce sujet ou que vous avez déjà perçu.**

**Si vous avez perçu une indemnité de la partie adverse et/ou si un accord de dédommagement a été conclu, vous êtes légalement obligé de nous en informer et de nous transmettre une copie de cet accord.**

**Si vous omettez de le faire, vous êtes légalement tenu de rembourser toute intervention de la mutualité. En outre, il est possible qu'à l'avenir vous ne puissiez plus bénéficier d'interventions de la mutualité.**

**(Voir article 136 § 2 de la loi du 14 juillet 1994 et l'article 295 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996).**

Une déclaration fausse ou incomplète peut entraîner des amendes ou des peines de détention (arrêté royal du 31 mai 1933, Moniteur Belge du 1er juin 1933).

Une déclaration fausse ou incomplète ou l'usage de celle-ci peut entraîner l'application d'une sanction administrative, à savoir l'exclusion du droit aux prestations de l'assurance maladie invalidité, c'est-à-dire l'exclusion du droit aux indemnités ou au remboursement des soins de santé, ou l'exclusion du droit à toutes les prestations (arrêté royal du 10 janvier 1969, Moniteur Belge du 5 avril 1969).

J'affirme sur l'honneur que la présente déclaration est sincère et, à ma connaissance, complète.

**Date** ...../...../.....

**Signature**

*Ces informations à caractère personnel vous sont demandées en vue d'un traitement correct de votre dossier accident et peuvent aussi bien être utilisées dans le cadre de l'assurance obligatoire que dans le cadre de l'assurance libre et complémentaire (loi du 6 août 1990, art.40). La loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel vous accorde l'accès à vos données et vous donne la droit de corriger vos données.*

---

# Autorisation

---

Je, soussigné(e), .....  
.....  
.....

(nom, prénom et adresse complète) autorise la Mutualité Chrétienne dans le cadre de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel et de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient à réclamer intégralement auprès de la compagnie d'assurance concernée, du médecin traitant ou de l'hôpital, mes données médicales et/ou les rapports rédigés dans le cadre d'un examen unilatéral ou contradictoire; ceci en vue de les consulter et de les traiter, et également en vue d'une gestion rapide et pratique du dossier en rapport avec l'accident survenu le ...../...../..... (date)

**Date** ...../...../.....

**Signature**