



Déclaration d'accident¹

A nous renvoyer d'urgence :
Solidaris Brabant
Département CONTENTIEUX
Rue du Midi, 111 – 1000 Bruxelles
Tél. : 02 506 99 29
ctx.bra@solidaris.be

Identité du titulaire :

Nom :

Prénom :

Adresse :

N° d'affiliation :

N° national (NISS) :

Rubrique 1 : Données relatives à la victime

Complétez les données demandées.

Nom et prénom :
NISS :
Profession ou occupation habituelle :
Catégorie (biffer la mention inutile) : - Titulaire - personne à charge

Rubrique 2 : Date, heure et lieu des faits

Répondez à toutes les questions/complétez les données demandées.

2.1. Quand les faits ont-ils eu lieu ?
Date : <input type="text"/> / <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/> Heure : h
2.2. Où ont-ils eu lieu ?
Adresse/commune/établissement :
Pays :

Rubrique 3 : Nature des faits

La présente déclaration concerne (cochez l'option adéquate et suivez les instructions correspondantes) :

<input type="checkbox"/>	A. Une maladie qui n'est pas en lien avec un accident	<i>Passez directement à la rubrique 9</i>
<input type="checkbox"/>	B. Un accident pour lequel personne n'est responsable (ex. : chute à domicile, chute à l'école sans responsabilité de	<i>Passez directement à la rubrique 9</i>

¹ Cette déclaration d'accident est exigée en vertu des articles 134 et 136, § 2 et 3 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 et de l'article 295 de l'AR du 3 juillet 1996

	l'école, ...)	
<input type="checkbox"/>	C. Un accident du travail	<i>Complétez les rubriques 4, 5, 6 et 9</i>
<input type="checkbox"/>	D. Un accident sur le <u>chemin du travail</u>	<i>Complétez les rubriques 4, 5, 6, 7 et 9</i>
<input type="checkbox"/>	E. Un accident de la <u>circulation</u>	<i>Complétez les rubriques 4, 5, 7 et 9</i>
<input type="checkbox"/>	F. Un autre accident (ex. : agression, incendie, accident causé par des animaux ou des objets dangereux, accident scolaire) pour lequel <u>un tiers est présumé responsable</u>	<i>Complétez les rubriques 4, 5, 8 et 9</i>
<input type="checkbox"/>	G. <u>Rechute</u> de l'accident du <input type="text"/> / <input type="text"/> / 20 <input type="text"/>	<i>Passez directement à la rubrique 9</i>

Rubrique 4 : Circonstances dans lesquelles les faits se sont produits

Donnez une description succincte des faits

Rubrique 5: Conséquences médicales

Répondez à toutes les questions/complétez les données demandées.

5.1. Description précise des blessures de la victime

.....

.....

5.2. Quelle est la durée probable de l'incapacité de travail ? jours

5.3. La victime a-t-elle été hospitalisée ? Oui Non

Nom de l'hôpital : Du / / au / /

5.4. Un médecin a-t-il soigné la victime ? Oui Non

Données du médecin :

Nom et prénom :

Rubrique 6 : Accident du travail ou sur le chemin du travail

Répondez à toutes les questions/complétez les données demandées.

6.1. L'accident a-t-il été signalé à l'employeur ? Oui Non

6.2. Nom et adresse de l'employeur :

6.3. Dénomination et adresse de la compagnie d'assurance accident du travail de l'employeur (+références du dossier) :

6.4. L'accident est considéré par la compagnie d'assurances comme un accident du travail ou un accident survenu sur le chemin du travail ? Oui Non

6.5. Dans la négative, pourquoi n'est-il pas considéré comme tel ?

.....

6.6. Une action en justice a-t-elle été engagée contre l'employeur ou l'assurance ? Oui Non

- auprès de quel tribunal ?.....

- quel en est le résultat ?

6.7. S'agit-il éventuellement d'une rechute faisant suite à un accident antérieur ? Oui Non

- dans l'affirmative, quelle est la période d'incapacité de travail déjà reconnue ?

- quelle est la période d'incapacité contestée ?

Rubrique 7 : Accident de la circulation ou sur le chemin du travail

Répondez à toutes les questions/complétez les données demandées.

7.1. La victime était ... ?

le conducteur d'un véhicule motorisé (auto, moto, etc.)

le passager d'un véhicule motorisé (auto, moto, etc.)

autre possibilité (piéton, cycliste,...) : (Complétez)

7.2. (Complétez uniquement si la victime était le conducteur ou le passager d'un véhicule motorisé).

a) Nom et prénom du conducteur :

Adresse :

b) Plaque d'immatriculation du véhicule :

c) Nom et prénom du propriétaire du véhicule : (si différent du conducteur).....

Adresse :

d) Auprès de quelle compagnie le véhicule est-il assuré ?

Nom et adresse :

Numéro de police : Numéro de dossier :

7.3. La victime bénéficie-t-elle d'une assurance responsabilité civile ou protection juridique ? Oui Non

Nom et adresse :

Numéro de police : Numéro de dossier :

7.4. La victime a-t-elle engagé un avocat ? Oui Non

Nom de l'avocat :

Adresse :

7.5. La police a-t-elle dressé un procès-verbal/une plainte a-t-elle été déposée? Oui Non

Zone de police : Date du procès-verbal : / / 20

Numéro du procès-verbal :

Si vous êtes en possession du procès-verbal, veuillez joindre une copie à la présente déclaration.

7.6. Une autre personne est-elle présumée responsable de l'accident ? Oui Non

Données du tiers présumé responsable :

Nom et prénom :

Adresse :

Véhicule du tiers présumé responsable :

Auto

Moto

Bicyclette

Autres (Complétez) :

Plaque d'immatriculation du véhicule du tiers présumé responsable :

Nom et adresse de l'employeur du tiers (si accident avec un véhicule professionnel) :

Données de la compagnie d'assurances du tiers présumé responsable ou de son employeur :

Nom et adresse:

Numéro de police :

Numéro de dossier :

Nom et adresse de l'avocat du tiers :

Nom, prénom, adresse des témoins éventuels :

La victime a-t-elle déjà réclamé un dédommagement auprès du tiers ? Oui Non

Si oui, de quelle manière (règlement amiable, procédure judiciaire, ...) ?

La victime a-t-elle déjà obtenu une réparation du dommage auprès du tiers ? Oui Non

Rubrique 8 : Autre accident avec tiers présumé responsable

Répondez à toutes les questions / complétez les données demandées s'il ne s'agit pas d'un accident de la circulation et si une autre personne/un établissement est présumé(e) responsable de l'accident

8.1. Qui est le tiers (ou l'établissement) présumé responsable ?

Nom et prénom :

Adresse :

8.2. Quelle est la compagnie d'assurances du tiers présumé responsable ?

Nom et adresse :

Numéro de police : Numéro de dossier :

8.3. Quelle est la compagnie d'assurances responsabilité civile ou protection juridique de la victime ?

Nom et adresse :

Numéro de police : Numéro de dossier :

8.4. La victime a-t-elle engagé un avocat ? Oui Non

Nom de l'avocat :

Adresse :

8.5. La police a-t-elle dressé un procès-verbal/ une plainte a-t-elle été déposée ? Oui Non

Zone de police : Date du procès-verbal : / / 20

Numéro du procès-verbal :

Si vous êtes en possession du procès-verbal, veuillez joindre une copie à la présente déclaration.

8.6. Nom et adresse de l'avocat du tiers :

8.7. Nom, prénom, adresse des témoins éventuels :

8.8. La victime a-t-elle déjà réclamé un dédommagement auprès du tiers ? Oui Non

Si oui, de quelle manière (règlement amiable, procédure judiciaire, ...) ?

8.9. La victime a-t-elle déjà obtenu une réparation du dommage auprès du tiers ? Oui Non

Rubrique 9 : Déclaration et autorisation de la victime ou de son représentant légal

Je déclare avoir pris connaissance qu'aucun règlement amiable avec la partie adverse n'est opposable à la mutualité sans son accord. D'autre part, je m'engage à communiquer à la mutualité tous les documents relatifs aux faits déclarés ci-avant.

Conscient(e) du fait qu'une déclaration fautive ou incomplète peut entraîner des amendes ou des peines de détention, conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 31/05/1933 concernant les déclarations à faire en matière de subventions, indemnités et allocations de toute nature qui sont, en tout ou en partie, à charge de l'Etat.

Conscient(e) aussi du fait qu'une déclaration fautive ou incomplète ou l'usage de celle-ci peut entraîner l'application d'une sanction administrative, à savoir l'exclusion du droit aux indemnités ou au remboursement des prestations de santé, ou l'exclusion du droit à toutes les prestations (A.R. du 10/01/1969).

Je soussigné(e) (nom, prénom et adresse),

afin d'assurer une bonne gestion de mon dossier accident du .../.../... , autorise expressément la mutualité *Solidaris Brabant*, dans le cadre du Règlement Général sur la Protection des Données du 27 avril 2016 et de la loi du 22/08/2002 relative aux droits du patient, à demander aux compagnies d'assurances, médecin traitant ou autres institutions de soins, mes données médicales et/ou rapports médicaux et autres documents administratifs rédigés dans le cadre d'un examen unilatéral et/ou contradictoire en vue de les consulter ou de les traiter.

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

Date : / / 20

Signature de la victime ou de son représentant légal
(précédé de la mention « Lu et approuvé »)

Protection de la vie privée

Les informations à caractère personnel qui vous sont demandées par Solidaris Brabant, rue du Midi 111 à 1000 Bruxelles, sont nécessaires pour établir vos droits en application de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, et de l'article 295 de l'AR du 3 juillet 1996.

Solidaris Brabant traite vos données dans le respect de la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel (loi-cadre) et le Règlement 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des données à caractère personnel, lequel vous donne le droit de consulter vos données, de les compléter, de vous opposer au traitement, d'en demander la rectification, la limitation ou la suppression. Pour tout renseignement complémentaire concernant le traitement de vos données, veuillez consulter notre Charte sur la protection des données, disponible à l'adresse suivante: https://www.solidaris-brabant.be/fr/conditions_d_utilisation.

Réservé à la mutualité

Décision de la mutualité

- 1) Application de l'article 134 de la loi coordonnée du 14/07/1994
- 2) Application de l'article 136 § 2 de la loi coordonnée du 14/07/1994
- 3) Application de l'article 136 § 3 de la loi coordonnée du 14/07/1994

Date :

Signature et qualité du délégué :