

Déclaration d'accident

Veillez dans tous les cas répondre aux points 1 à 3

Remettez ce formulaire dûment complété et signé à votre agence habituelle ou envoyez-le à :

Omnimut - Mutualité Libre de Wallonie rue Natalis 47b - 4020 Liège

Plus d'informations via votre conseiller en agence ou via notre service clientèle au **04 344 86 11**

A IDENTIFICATION

Nom : _____ Prénom : _____
 Rue : _____ N° : _____ Bte : _____
 Localité : _____ Code postal : _____
 Registre national : _____

B FAITS Cette déclaration concerne des faits qui se seraient déroulés le/...../.....

Date et heure réelles des faits :/...../..... à h

1. Les lésions sont-elles la suite d'une maladie ? OUI NON

Nature de l'affection :

Veillez passer à la dernière page pour dater et signer la déclaration.

Nature des lésions :

Veillez continuer à compléter cette déclaration en suivant les recommandations.

2. Les lésions sont-elles la suite d'un accident de vie privée sans tiers responsable ?

OUI

Veillez compléter le point 3 ci-dessous et ensuite passer à la dernière page pour dater et signer la déclaration.

NON

Veillez compléter tous les points du cadre C ainsi que les points du ou des cadre(s) relatif(s) à votre situation.

C ACCIDENT ou AGRESSION ayant entraîné des lésions

3. Circonstances et plan des faits :

.....

4. Quelle est la durée probable de l'incapacité ?
5. La victime a-t-elle été hospitalisée ? OUI NON
6. Où les faits ont-ils eu lieu ?
.....
7. Un procès-verbal a-t-il été dressé ? OUI NON
Date du PV :/...../..... N° du PV : Police de :
8. Une plainte a-t-elle été déposée ? OUI NON
9. Qui est, selon vous, responsable de l'accident ou de l'agression ? Pourquoi ?
.....
.....
10. Nom et adresse de l'avocat de la victime et/ou d'une assurance juridique et/ou de toute personne défendant les intérêts de la victime dans cette affaire
.....
.....
11. La victime était-elle au travail ou sur le chemin du travail ? OUI NON
Si oui, veuillez également compléter les points relatifs aux cadres D, E et F en fonction de votre situation.

D RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU TIERS (partie adverse)

12. Nom et adresse du/des tiers (il peut y avoir plusieurs tiers)
Tiers A :
.....
Tiers B :
.....
13. Coordonnées de la compagnie d'assurances du/des tiers
- | | Tiers A | Tiers B |
|--|---------|---------|
| Nom de la compagnie : | | |
| N° de la police d'assurance : | | |
| N° de dossier de sinistre : | | |
| Immatriculation du véhicule impliqué : | | |
14. Nom et adresse de l'avocat du tiers :
.....
.....
15. Un règlement à l'amiable est-il intervenu entre la victime et le tiers ? OUI NON
16. Si oui, en quoi consiste cet accord à l'amiable ?
.....
.....
.....
17. La victime a-t-elle déjà réclamé une indemnisation au tiers ? OUI NON
18. La victime a-t-elle déjà obtenu indemnisation du tiers ? OUI NON
19. La victime a-t-elle déjà introduit une action contre le tiers ? OUI NON

E ACCIDENT DE LA CIRCULATION

20. La victime conduisait-elle personnellement le véhicule ?

OUI NON

Genre du véhicule : auto – moto – bicyclette – autre (à préciser) :
(entourer la mention adéquate)

21. Si la victime conduisait personnellement le véhicule :

Nom et adresse du propriétaire du véhicule que conduisait la victime :
.....
.....

N° d'immatriculation du véhicule :

Nom de la compagnie d'assurances du véhicule :

N° de la police d'assurance : N° du dossier de sinistre :

22. Si la victime NE conduisait PAS personnellement le véhicule :

La victime était-elle passagère de son propre véhicule ?

OUI NON

La victime était-elle passagère d'un autre véhicule ?

OUI NON

La victime était-elle passagère d'une moto ou d'un vélomoteur ?

OUI NON

La victime était-elle piéton ?

OUI NON

23. Dans tous les cas, veuillez préciser :

Nom et adresse du conducteur du véhicule :

Nom et adresse du propriétaire du véhicule :

Nom de la compagnie d'assurances couvrant le véhicule :

N° de la police d'assurance : N° du dossier de sinistre :

Veuillez nous indiquer l'identité complète de tous les occupants du (des) véhicule(s) impliqué(s) :
.....
.....

F ACCIDENT DU TRAVAIL ou ACCIDENT SURVENU SUR LE CHEMIN DU TRAVAIL

Dans ce cas, veuillez compléter également les points relatifs aux cadres D et E si nécessaire

24. L'accident a-t-il été signalé à l'employeur ?

OUI NON

25. Nom et adresse de l'employeur :

26. Nom de la compagnie d'assurances :

N° de la police d'assurances : N° du dossier de sinistre :

27. L'employeur a-t-il transmis à l'assureur-loi la déclaration d'accident du travail exigée en cette circonstance ?

OUI NON

28. L'accident est-il considéré comme accident du travail ou survenu sur le chemin du travail par l'assureur-loi ?

OUI NON

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

30. Une action en justice a-t-elle été engagée contre l'employeur ou l'assureur-loi ?

OUI NON

Dans l'affirmative, auprès de quel tribunal et quelle suite y a été donnée ?
.....

31. S'agit-il d'une rechute faisant suite à un accident antérieur ?

OUI NON

Quelle est la période d'incapacité déjà reconnue ? du/...../..... au/...../.....

Quelle est la période contestée ? du/...../..... au/...../.....

G ACCIDENT SCOLAIRE/MOUVEMENT DE JEUNESSE/CENTRE DE VACANCES/SPORTIF

Veillez également compléter les points relatifs au cadre E s'il s'agit d'un accident de circulation pendant le trajet.

32. Nom et adresse de l'établissement, de l'organisation ou du club :

.....
.....

33. Nom de la compagnie d'assurances :

.....
N° du dossier de sinistre :

34. La victime a-t-elle été blessée, agressée volontairement et la responsabilité d'un tiers peut-elle être mise en cause ?

OUI NON

Si oui, par qui ? Nom et adresse :

.....
.....

Dans ce cas, veuillez également compléter les points relatifs au cadre D

Déclaration sur l'honneur de la victime ou de son représentant légal

Je déclare avoir pris connaissance qu'aucun règlement à l'amiable avec la partie adverse n'est opposable à la mutualité sans son accord. Je joins au présent formulaire tous les documents relatifs aux faits décrits ci-avant.

Je suis informé(e) qu'une déclaration fautive ou incomplète peut entraîner des amendes ou des peines d'emprisonnement en vertu de l'article 233 du Code pénal social.

Je suis également informé(e) qu'une déclaration fautive ou incomplète ou son utilisation peut entraîner l'application d'une sanction administrative, à savoir une amende administrative en soins de santé ou une exclusion du droit aux indemnités en vertu de l'article 168 quinquies de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

Je soussigné(e)..... (nom et prénom) autorise ma mutualité dans le cadre de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée et de la loi du 22 août 2002 relative aux droits des patients à réclamer et à transmettre aux compagnies d'assurances concernées, mes données et/ou rapports médicaux rédigés dans le cadre d'un examen unilatéral et/ou contradictoire en vue de les traiter et d'assurer une bonne gestion du dossier.

J'affirme sur l'honneur que la présente déclaration est sincère et complète.

Date :/...../.....

Signature (de la victime ou de son représentant légal)

.....

Protection de la vie privée

La mutualité réclame ces données dans le cadre de l'application de l'article 136, §2, 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.

Le titulaire :

* a le droit de consulter et de faire rectifier ses données à caractère personnel (loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée); s'il veut faire usage de ce droit, il doit contacter sa mutualité par écrit;

* peut obtenir davantage d'informations concernant le traitement de ses données auprès de la Commission de la protection de la vie privée: <http://www.privacycommission.be>