



Office régional

## Déclaration d'accident

Article 136, § 2 et 3 – loi  
coordonnée du 14.7.94  
Article 295 – A.R. du 3.7.96

*Prière d'utiliser exclusivement des lettres majuscules,  
de n'inscrire qu'un seul chiffre ou une seule lettre par case et  
d'éviter toutes ratures. Toutes autres instructions et explications spécifiques sont mentionnées dans les  
rubriques.*

### Rubrique 1 : Données relatives à la victime

**Instruction :** Complétez les données demandées OU apposez une vignette de la mutualité

Nom:

Prénom:

NISS : --

*(Voir carte d'identité, au verso, coin supérieur gauche)*

(vignette de la mutualité)

### Rubrique 2 : Circonstances dans lesquelles les faits se sont produits

**Instruction :** Cochez l'option adéquate et suivez les instructions correspondantes.

|                          |  |   |
|--------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> | A. Accident du travail   | Complétez les rubriques 3, 4, 6 et 8    |
| <input type="checkbox"/> | B. Accident de la circulation sur le chemin du travail (à l'aller ou au retour)  | Complétez les rubriques 3, 4, 5, 6 et 8 |
| <input type="checkbox"/> | C. Accident de la circulation, mais pas sur le chemin du travail   | Complétez les rubriques 3, 4, 5 et 8    |
| <input type="checkbox"/> | D. Accident survenu dans des circonstances autres que celles citées sous A, B et C (ex. : agression, accident médical, incendie, accident causé par des animaux ou des objets, accident scolaire) <u>ET</u> où une autre personne est présumée responsable de l'accident (= « tiers présumé responsable ») | Complétez les rubriques 3, 4, 7 et 8    |

|                          |  |                                   |
|--------------------------|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | E. Rechute de l'accident du .../.../...  | Complétez les rubriques 3, 4 et 8 |
| <input type="checkbox"/> | F. Accident sans « tiers présumé responsable » <u>OU</u> il s'agit d'une maladie | Complétez les rubriques 3, 4 et 8 |

**Rubrique 3 : Date, heure, lieu et description des faits**

*Instruction : Répondez à toutes les questions/complétez les données demandées.*

**3.1. Quand les faits ont-ils eu lieu ?**

Date :   /   / 20

Heure :   h

**3.2. Où ont-ils eu lieu ?**

Dénomination de l'entreprise, de l'école, etc. :

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

Rue :

N° :    Bte :

Code postal :      Commune:

Pays :

**3.3. Comment se sont-ils produits ? (Donnez une brève description)**

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

### 3.4. Témoins principaux

1) Nom :

Prénom :

Rue :

N° :  Bte :

Code postal :  Commune :

2) Nom :

Prénom :

Rue :

N° :  Bte :

Code postal :  Commune :

### Rubrique 4 : Conséquences des faits

**Instruction :** Répondez à toutes les questions/complétez les données demandées.

4.1. Quelles sont les blessures de la victime ? *(Donnez une brève description)*

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

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

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

Données de l'hôpital :

Nom :  Lieu :

À partir du :  /  / 20



5.3. Avez-vous demandé l'assistance d'une assurance protection juridique ?  Oui  Non

Nom :

Numéro de police :

Numéro de dossier :

5.4. Avez-vous demandé l'assistance d'un avocat ?  Oui  Non

Nom :

Rue :

N° :  Bte :

Code postal :  Commune :

5.5. La police a-t-elle dressé procès-verbal ?  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.

5.6. Une autre personne est-elle présumée responsable de l'accident (= « tiers présumé responsable ») ?  Oui  Non

Données du tiers présumé responsable :

Nom:

Prénom :

Rue :

N° :  Bte :

Code postal :  Commune :

Véhicule du tiers présumé responsable :

Auto  Moto  Bicyclette  Autres (Complétez) : .....

**Données de la compagnie d'assurance du véhicule du tiers présumé responsable / de l'autre véhicule concerné :**

Nom :

Rue :

N° :  Bte :

Code postal :  Commune :

Numéro de police :

Numéro de dossier :

**5.7. Avez-vous demandé un dédommagement ?**  Oui  Non

**Avez-vous obtenu un dédommagement ?**  Oui  Non

**ET SI NON → Avez-vous introduit une action judiciaire contre le tiers ou avez-vous l'intention de le faire ?**  Oui  Non

**Rubrique 6. Accident du travail ou accident survenu sur le chemin du travail**

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

**6.2. Nom et adresse de l'employeur**

Nom:

Rue :

N° :  Bte :

Code postal :  Commune :

**6.3. Dénomination de la compagnie d'assurance de l'employeur (assureur-loi)**

Nom:

Rue :

N° :  Bte :

Code postal :  Commune :

a) n° de la police

b) n° du dossier :

6.4. Votre employeur a-t-il transmis une déclaration d'accident du travail à l'assureur-loi ?

Oui  Non

6.5. L'accident est-il reconnu par l'assureur-loi comme ?:

- accident du travail ?  Oui  Non

- accident sur le chemin du travail ?  Oui  Non

6.6. Pourquoi n'est-il pas considéré comme tel ?

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

6.7. Une action judiciaire a-t-elle été engagée ?  Oui  Non

Si oui :

- contre l'employeur  Oui  Non

- contre l'assureur-loi  Oui  Non

- auprès de quel Tribunal ?.....

- Quelle suite y a été donnée ?

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

6.8. La victime a-t-elle sollicité une aide ?  Oui  Non

Si oui : Nom de l'avocat/ du syndicat

Nom:

Prénom :

Rue :

N° :  Bte :

Code postal :  Commune :

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

Si oui :

Quelle est la période d'incapacité déjà reconnue ?

/  / 20  au  /  / 20

Quelle est la période d'incapacité contestée ?

/  / 20  au  /  / 20

- Une déclaration de rechute a-t-elle déjà été envoyée à l'assureur-loi ou au Fonds des Accidents du Travail ?  Oui  Non

Si oui, à quelle date ?

/  / 20

## Rubrique 7 : Données concernant l'accident - catégorie « autres » - avec tiers présumé responsable

**Instruction :** 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 est présumée responsable de l'accident (= « tiers présumé responsable »).

### 7.1. Qui est le tiers présumé responsable ?

Nom :

Prénom :

Rue :

N° :  Bte :

Code postal :  Commune :

### 7.2. Quelle est la compagnie d'assurance du tiers présumé responsable ?

Nom :

Rue :

N° :  Bte :

Code postal :  Commune :

Numéro de police :

Numéro de dossier :

### 7.3. La police a-t-elle dressé procès-verbal ? 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.



7.4. Avez-vous demandé l'assistance d'une assurance protection juridique ?  Oui  Non

Nom :

Numéro de police :

Numéro de dossier :

7.5. Avez-vous demandé l'assistance d'un avocat ?  Oui  Non

Nom :

Rue :

N° :  Bte :

Code postal :  Commune :

7.6. Avez-vous demandé un dédommagement ?  Oui  Non

Avez-vous obtenu un dédommagement ?  Oui  Non

ET SI NON → Avez-vous introduit une action judiciaire contre le tiers ou avez-vous l'intention de le faire ?  Oui  Non

### Rubrique 8 : Déclaration sur l'honneur 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. 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 auprès de la compagnie d'assurance concernée, du médecin traitant ou de l'hôpital 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 :  /  / 20

Signature (de la victime ou de son représentant légal)

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>