

Déclaration d'accident



Complétez ce document de manière électronique via www.partena-mutualite.be/monpartena (choisissez la rubrique Documents > Accident) ou transmettez le nous :

- par voie électronique : www.partena-mutualite.be/accident

- par courrier : Partena Mutualité - Sluisweg 2 boîte 1 - 9000 Gent

Si vous avez besoin d'aide pour compléter le document, formez le T. 02 218 22 22

A. IDENTIFICATION DU TITULAIRE

1. Nom et prénom :

B. IDENTIFICATION DE LA VICTIME

2. Numéro d'inscription à la mutualité :

3. Nom et prénom :

4. Adresse :

.....

5. Date de naissance :

6. Profession ou occupation habituelle :

C. ACCIDENT, AGGRESSION OU AUTRE EVENEMENT AYANT ENTRAINE LA LESION

7. Lieu des faits :

a) Commune et pays :

b) Rue ou place :

c) Etablissement (local ou chantier) :

8. Date et heure des faits : à heures

9. Un procès-verbal a-t-il été dressé ? OUI - NON

a) Police de :

b) Gendarmerie de :

c) Police de l'autoroute de :

d) Police judiciaire de :

e) Date du P.V.: Numéro du P.V.:

10. Circonstances et plan des faits (d'une manière claire et précise) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



11. Qui est, selon vous, responsable de l'accident ? Pourquoi ?
-
-
-
-
12. Nom et adresse de l'avocat de la victime :
-
- Nom et adresse de la personne qui défend vos intérêts dans cette affaire : avocat ou représentant syndical :
-
13. La victime était-elle au travail ou sur le chemin du travail ? OUI – NON
- Si OUI: compléter également la rubrique F "ACCIDENT DU TRAVAIL OU ACCIDENT SURVENU SUR LE CHEMIN DU TRAVAIL"*
14. Nature des lésions corporelles :
15. Durée probable de l'incapacité de travail ?
16. La victime a-t-elle été hospitalisée ? OUI - NON
- Si OUI : Dans quel établissement?
- Depuis quelle date ?
- Si NON : Quel est le prestataire des soins donnés ?

D. RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX TIERS

17. Nom et adresse du tiers (partie adverse) :
- a)
- b)
18. Nom et adresse de la compagnie d'assurances du tiers :
- a)
- b)
- N° de la police d'assurance : a) N° dossier sinistre : a)
- N° de la police d'assurance : b) N° dossier sinistre : b)
- Numéro de plaque d'immatriculation du véhicule :
19. Nom et adresse de l'employeur du tiers :
-
- Assurance responsabilité civile de l'employeur :
- N° de la police d'assurance : N° dossier sinistre :
20. Nom et adresse de l'avocat du tiers :
-
21. Un règlement amiable est-il intervenu entre la victime et le tiers ? OUI - NON
22. En quoi consiste cet accord amiable ?
23. La victime a-t-elle déjà réclamé indemnisation au tiers ? OUI – NON
24. La victime a-t-elle déjà obtenu indemnisation au tiers ? OUI – NON
25. La victime a-t-elle déjà introduit une action contre le tiers ? OUI – NON

E. ACCIDENT DE LA CIRCULATION

26. a) La victime conduisait-elle personnellement le véhicule ? OUI – NON
Genre de véhicule : auto – moto – bicyclette – autre à préciser :
- b) Si OUI :
- Nom et adresse du propriétaire du véhicule que conduisait la victime :
 - Numéro de plaque d'immatriculation du véhicule :
 - Compagnie d'assurances :
 - N° de la police d'assurance : N° dossier sinistre :
- c) Si NON : La victime était-elle ...
- Passagère de son propre véhicule ? OUI - NON
 - Passagère d'un autre véhicule ? OUI - NON
 - Passagère arrière d'une moto ou d'un vélomoteur ? OUI - NON
- Donnez dans ces cas :
- Nom et adresse du conducteur du véhicule :
 - Nom et adresse du propriétaire du véhicule :
 - Nom et adresse de la compagnie d'assurances couvrant le véhicule :
 - N° de la police d'assurances : N° dossier sinistre :
- d) S'il s'agit d'une autre situation, décrivez-la :

F. ACCIDENT DU TRAVAIL OU ACCIDENT SURVENU SUR LE CHEMIN DU TRAVAIL

27. L'accident a-t-il été signalé à l'employeur ? OUI - NON
28. Dans l'affirmative, nom et adresse de l'employeur :
29. Nom et adresse de la compagnie d'assurances de l'employeur (assureur-loi) :
- N° de la police d'assurances : N° dossier sinistre :
30. L'employeur a-t-il transmis à l'assureur-loi la déclaration d'accident du travail exigée en cette circonstance ? OUI - NON
31. L'accident est-il considéré comme accident du travail ou accident survenu sur le chemin du travail par l'assureur-loi ? OUI - NON
32. Dans la négative, pourquoi n'est-il pas considéré comme tel ?
33. Une action en justice a-t-elle été engagée contre l'employeur ou l'assureur-loi ? OUI - NON
- Si OUI :
- Auprès de quel tribunal ?
 - Quelle suite y a été donnée ?

34. S'agit-il éventuellement d'une rechute faisant suite à un accident antérieur ? OUI – NON
Dans l'affirmative, quelle est la période d'incapacité déjà reconnue ?
Quelle est la période d'incapacité contestée ?

G. ACCIDENT SCOLAIRE *En cas d'accident sur le chemin de l'école compléter la rubrique E.*

35. Nom et adresse de l'établissement scolaire :
.....
36. Nom et adresse de la compagnie d'assurances de l'établissement scolaire :
.....
N° de la police d'assurance : N° dossier sinistre :
37. L'accident est-il couvert par la compagnie d'assurances de l'établissement scolaire ? OUI - NON

H. ACCIDENT SPORTIF *Si l'accident concerne un sportif professionnel, compléter également la rubrique F.*

38. L'accident s'est-il produit lors d'une séance d'entraînement – d'une compétition sportive ou d'une exhibition ? OUI – NON
Dans l'affirmative :
a) Laquelle ?
b) Les participants ont-ils reçu une rémunération sous quelque forme que ce soit ? OUI – NON
c) En quoi consiste la rémunération ?
d) Les organisateurs ont-ils perçu un droit d'entrée ? OUI – NON
e) Nom et adresse de l'organisateur ou de l'organisation :
.....
39. Nom et adresse club auprès duquel l'intéressé est affilié :
.....
40. Nom et adresse de la compagnie d'assurances couvrant la possibilité civile de l'auteur de l'accident :
.....
N° de la police d'assurance : N° dossier sinistre :
41. La victime a-t-elle été blessée ou agressée volontairement ? OUI – NON
42. Par qui ? Nom et adresse :
..... *(Dans ce cas compléter également la rubrique D)*

Je déclare avoir pris connaissance qu'aucun règlement à l'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 ayant trait au sinistre déclaré ci-avant.

Compte tenu des dispositions régissant la protection de la vie privée, j'autorise expressément la mutualité ou son médecin conseil le cas échéant à réclamer et rassembler tous documents, justificatifs ou rapports d'expertise, uniquement en relation avec l'accident ci-dessus déclaré, et qui sont nécessaires et indispensables à l'application de l'article 136 de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Conscient 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 mai 1993 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 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 prestations de l'assurance maladie-invalidité, c'est-à-dire l'exclusion du droit aux indemnités ou au remboursement des prestations de santé, ou l'exclusion du droit à toutes les prestations (A.R. 10.01.69).

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

Date : / /

Signature (du titulaire ou de son mandataire) :