

# Déclaration d'accident



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

- par voie électronique : [www.partena-mutualite.be/accident](http://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 obtenue 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) :