

DÉCLARATION D'ACCIDENT

(à renvoyer à votre mutualité dans un délai de maximum 30 jours après l'accident)

Grâce à Mon Helan, votre mutualité en ligne ou à l'appli de Mon Helan: prenez une photo ou un scan du formulaire complété et demandez votre remboursement de manière numérique.

Par courrier adressé à Helan Mutualité libre, Boomsesteenweg 5, 2610 Wilrijk.

Pour rappel: la Garantie Accident couvre uniquement les accidents de la vie privée, scolaires ou lors d'une pratique encadrée (sport non rémunéré, mouvement de jeunesse); sont toutefois exclus les accidents de la circulation impliquant un véhicule automoteur soumis à une obligation d'assurance RC Auto

Coordonnées de l'assuré victime de l'accident

Nom	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p>N° de registre national</p> <input type="text"/> <p>ou</p> <p>Apposez ici une vignette de la mutualité</p> </div>	
<input type="checkbox"/> Dans le cadre de ce sinistre, j'ai déjà complété une déclaration d'accident fournie par ma mutualité (Partenamut, Helan ou Freie Krankenkasse) pour l'assurance obligatoire. A des fins de simplifications administratives, j'autorise MLOZ Insurance à utiliser les données renseignées dans ce document.	
OU	
<input type="checkbox"/> J'utilise ce document pour faire ma déclaration d'accident et je remplis les demandes d'informations ci-dessous:	
Date et lieu de l'accident:	<input type="text"/>
Circonstance de l'accident:	
<input type="checkbox"/> Accident de la vie privée <input type="checkbox"/> Accident scolaire <input type="checkbox"/> Accident du travail ou sur le chemin du travail <input type="checkbox"/> Accident lors d'une pratique encadrée (sport non rémunéré, mouvement de jeunesse) <input type="checkbox"/> Accident de la circulation impliquant un véhicule automoteur	
Description de l'accident:	<input type="text"/>
La responsabilité d'un tiers est-elle engagée? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Si le sinistre a été déclaré à une autre compagnie d'assurance, veuillez indiquer le numéro de dossier du sinistre et le nom de la compagnie d'assurance: <input type="text"/>	
Date et lieu:	<input type="text"/>
Signature de l'assuré ou de son représentant légal:	

MLOZ Insurance est la société mutualiste d'assurances des Mutualités Libres (Helan Onafhankelijk Ziekenfonds - Freie Krankenkasse - Partenamut). Agréé sous le code OCM 750/01 pour les branches 2 et 18, auprès de l'Office de Contrôle des Mutualités et des unions nationales de mutualités. Siège social : route de Lennik 788A, 1070 Anderlecht - Belgique (RPM Bruxelles) - www.mloz.be - N° d'entreprise : 422.189.629.

Conformément au Règlement Européen du 27 avril 2016 sur la Protection des Données (RGPD), vos données seront traitées par la SMA MLOZ Insurance, qui agit en tant que responsable de traitement et par votre mutualité, en tant qu'agent et sous-traitant de cette dernière, pour la gestion de vos contrats d'assurance. Notre politique en matière de vie privée ('Disclaimer') est disponible via le lien suivant : <https://www.mloz.be/fr/privacyMLOZInsurance> ou sur demande par courrier.

