

## 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 Mutualité libre Helan, 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

Prénom

Date de naissance

N° de registre national

ou

Apposez ici une vignette de la mutualité

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**

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:**

#### Circonstance de l'accident:

- Accident de la vie privée  
 Accident scolaire  
 Accident du travail ou sur le chemin du travail  
 Accident lors d'une pratique encadrée (sport non rémunéré, mouvement de jeunesse)  
 Accident de la circulation impliquant un véhicule automoteur

#### Description de l'accident:

**Attention :** il est nécessaire d'avoir des radiographies et photographies de vos dents (en haute résolution) démontrant les lésions consécutives à l'accident. Elles doivent être introduites au plus tard en même temps que le plan de traitement.

La responsabilité d'un tiers est-elle engagée?  OUI  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:

Date et lieu:

Signature de l'assuré  
ou de son représentant légal:

