

# Déclaration d'accident



Complétez ce document de manière électronique via <https://mon.helan.be> (choisissez la rubrique Documents > Accident) ou transmettez le nous :

- par voie électronique : [www.helan.be/accident](https://www.helan.be/accident)
- par courrier : Helan Mutualité libre - Boomsesteenweg 5, 2610 Wilrijk

Besoin d'aide pour compléter ce document ? Formez le T. 02 218 22 22

## A IDENTIFICATION

### 1. Données du client

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Numéro national : \_\_\_\_\_

Numéro de client : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

### 2. Profession ou occupation habituelle : \_\_\_\_\_

### 3. Date présumée des faits : \_\_\_\_\_

4. Date et heure réelle des faits : ..... / ..... / ..... à ..... h \_\_\_\_\_

## B FAITS

### 5. Les lésions sont-elles la suite d'une maladie ?

OUI. Nature de l'affection : \_\_\_\_\_

*Dans ce cas vous pouvez passer à la dernière page et dater et signer votre déclaration.*

NON. Nature des lésions : \_\_\_\_\_

Les lésions sont-elles la suite d'un accident de vie privée sans tiers responsable ?

OUI. Compléter les circonstances de l'accident au point 11. Ensuite vous pourrez passer à la dernière page pour dater et signer la déclaration.

NON. Voir points suivant selon les cas.

## C ACCIDENT OU AGRESSION AYANT ENTRAÎNÉ LES LÉSIONS

### 6. Durée probable de l'incapacité ? \_\_\_\_\_

### 7. La victime a-t-elle été hospitalisée ?

OUI. Dans quel établissement ? \_\_\_\_\_

A partir de quelle date ? ..... / ..... / .....

NON

### 8. Lieu des faits :

a) Commune et pays : \_\_\_\_\_

b) Rue ou place : \_\_\_\_\_

c) Etablissement (local/chantier/...) : \_\_\_\_\_

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

OUI. Par la police de : \_\_\_\_\_

Numéro du PV : \_\_\_\_\_

Date du PV : ..... / ..... / .....

NON



\*L020011D0000000595085700\*

10. Une plainte a-t-elle été déposée ?

- OUI  
 NON

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

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

12. Qui est, selon vous, responsable de l'accident (de l'agression)? Pourquoi ?

.....  
.....

13. Nom et adresse de l'avocat de la victime :

.....

Et/Ou

Nom et adresse de la personne qui défend les intérêts de la victime dans cette affaire (avocat ou représentant syndical) :

.....

14. La victime était-elle au travail ou sur le chemin du travail ?

OUI.

↳ Complétez également la rubrique F, et si applicable, les rubriques D et E.

NON

**D RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU TIERS (PARTIE ADVERSE)**

15. Nom et adresse du tiers (il peut y avoir plusieurs tiers) :

a) .....

b) .....

16. Nom et adresse de la compagnie d'assurances du(des) tiers :

a) .....

b) .....

N° de la police d'assurances : a) ..... N° dossier sinistre : a) .....

N° de la police d'assurances : b) ..... N° dossier sinistre : b) .....

Plaque d'immatriculation du(des) véhicules impliqué(s) : .....

17. Nom et adresse de l'avocat du tiers :

.....

18. Un règlement à l'amiable est-il intervenu entre la victime et le tiers ?

OUI  NON

19. Si oui, en quoi consiste cet accord amiable ?

.....

20. La victime a-t-elle déjà réclamé une indemnisation au tiers ?

OUI  NON

21. La victime a-t-elle déjà obtenu indemnisation du tiers ?

OUI  NON

22. La victime a-t-elle déjà introduit une action contre le tiers ?

OUI  NON

**E ACCIDENT DE CIRCULATION**

23. Genre de véhicule :

- Voiture                       Bicyclette  
 Moto                               Autres à préciser : \_\_\_\_\_

La victime conduisait-elle personnellement le véhicule ?

- OUI. Nom et adresse du propriétaire du véhicule que conduisait la victime : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Plaque d'immatriculation du véhicule : \_\_\_\_\_

Compagnie d'assurances du véhicule : \_\_\_\_\_

Numéro de la police d'assurances : \_\_\_\_\_

Numéro du dossier sinistre : \_\_\_\_\_

- NON. La victime était-elle passagère de son propre véhicule ?  OUI     NON

La victime était-elle passagère d'un autre véhicule ?  OUI     NON

La victime était-elle passagère d'une moto ou du'n vélomoteur ?  OUI     NON

La victime était-elle piéton ?  OUI     NON

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° du dossier sinistre : \_\_\_\_\_

Veuillez nous indiquer l'identité complète de tous les occupants du(des) véhicule(s) impliqué(s) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**F ACCIDENT DU TRAVAIL OU ACCIDENT SUR LE CHEMIN DU TRAVAIL** Dans ce cas complétez également les rubriques D & E.

24. L'accident a-t-il été signalé à l'employeur ?

- OUI  
 NON

25. Nom et adresse de l'employeur : \_\_\_\_\_

26. Nom et adresse de la compagnie d'assurances de l'employeur (assureur-loi) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

N° de la police d'assurances : \_\_\_\_\_ N° du dossier sinistre : \_\_\_\_\_

27. L'employeur a-t-il transmis à l'assureur loi la déclaration d'accident du travail exigée en cette circonstance ?

- OUI  
 NON

28. L'accident est-il considéré comme accident du travail ou survenu sur le chemin du travail par l'assureur-loi ?

- OUI  
 NON. Pourquoi pas ? \_\_\_\_\_

29. Une action en justice a-t-elle été engagée contre l'employeur ou l'assureur-loi ?

OUI. Au près de quel tribunal ? .....

Quelle suite y a été donnée ? .....

NON

30. S'agit-il d'une rechute faisant suite à un accident antérieur ?

OUI. Quel est la période d'incapacité déjà reconnue ? du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / .....

Quelle est la période contestée ? du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / .....

NON

#### **G ACCIDENT SCOLAIRE / MOUVEMENT DE JEUNESSE / CENTRE DE VACANCES / SPORTIF**

*En cas d'accident de circulation pendant le trajet il y a lieu de compléter également les rubriques D & E.*

31. Nom et adresse de l'établissement, de l'organisation, ou du club : .....

32. Nom et adresse de la compagnie d'assurances : .....

N° de la police d'assurances : .....

N° du dossier sinistre : .....

33. La victime a-t-elle été blessée, agressée volontairement et la responsabilité d'un tiers peut-elle être mise en cause ?

OUI. Par qui ? Nom et adresse : .....

↳ Dans ce cas, veuillez également compléter la rubrique D.

NON

#### **DECLARATION SUR L'HONNEUR DE LA VICTIME OU DE SON REPRESENTANT LEGAL**

*Je déclare avoir pris connaissance qu'aucun règlement à l'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 ciavant. 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)

*compte tenu du Règlement Européen du 27 avril 2016 sur la Protection des Données ("RGPD") et de la loi du 22 août 2002 relative aux droits des patients, autorise expressément ma mutualité ou son médecinconseil, le cas échéant, à recevoir et à transmettre par toute voie les données médicales, documents justificatifs et/ou rapport d'expertise, en relation avec l'accident ci-dessus déclaré, et qui sont nécessaires au traitement et à la bonne gestion du dossier en vertu de l'article 136 de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.*

*J'affirme sur l'honneur que la présente déclaration est sincère et complète.*

Date : ..... / ..... / .....

Signature (de la victime ou de son représentant légal) :

## **DISPOSITIONS LÉGALES**

- Article 136, §2 de la loi relative à l'assurance obligatoire concernant les soins de santé et les indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, et l'article 295 de l'Arrêté Royal du 3 juillet 1996
- Article 32 du Décret du 8 novembre 2018 relatif aux organismes assureurs et portant modification du Code wallon de l'Action sociale et de la Santé
- Article 17 de l'Ordonnance de la Commission Communautaire Commune de Bruxelles-Capitale relative aux organismes assureurs bruxellois dans le domaine des soins de santé et de l'aide aux personnes
- Article 75 du Décret du 18 mai 2018 «Décret relatif à la protection sociale flamande»
- Article 121 de la décision du Gouvernement Flamand du 30 novembre 2018 portant sur l'exécution du Décret du 18 mai 2018 sur la protection sociale Flamande
- Article 22 du Décret du 6 juillet 2018 portant sur la reprise des secteurs maisons de soins psychiatriques, initiatives d'habitation protégée, accords revalidation, hôpitaux de revalidation et équipes d'accompagnement multidisciplinaires pour soins palliatifs
- Article 40 de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités

## **PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE**

Conformément au Règlement Européen du 27 avril 2016 sur la Protection des Données (« RGPD »), nous vous informons qu'en tant que sous-traitant, nous traitons vos données dans le cadre de notre mission de participation à l'exécution de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, sous la responsabilité de MLOZ (l'Union nationale des mutualités libres), responsable du traitement pour les matières fédérales et des SMR des mutualités libres, responsables du traitement pour les matières régionalisées.

Pour tous renseignements complémentaires, nous vous invitons à consulter notre déclaration vie privée ou à contacter notre délégué à la protection des données via <https://www.mloz.be/fr/content/privacy> ou par courrier à l'adresse suivante : Helan Mutualité libre - Boomsesteenweg 5, 2610 Wilrijk.