

Déclaration d'accident

Toujours remplir les pages 1 et 2, même s'il ne s'agit pas d'un accident

1. Données d'identification du membre/de la victime

Nom: Prénom:

Rue: Numéro: Boîte: Index:

Code Postal: Localité: Pays:

Tél.: Adresse e-mail*:

Numéro de RN:

Vous êtes : salarié indépendant fonctionnaire chômeur
 pensionné invalide personne à charge

La présente déclaration concerne :	Que faut-il compléter ?
<input type="checkbox"/> une maladie ou traitement médical qui n'est pas en lien avec un accident	Rubrique 2
<input type="checkbox"/> un accident à l'école, dans la pratique d'un sport ou tout autre pour lequel personne n'est responsable	Rubrique 2
<input type="checkbox"/> une rechute de l'accident du ... / ... / ...	Rubrique 2
<input type="checkbox"/> un accident du travail	Rubriques 2, 3, 4 et 7
<input type="checkbox"/> un accident sur le chemin du travail	Rubriques 2, 3, 4, 5 et 7
<input type="checkbox"/> un accident de la circulation	Rubriques 2, 3, 5 et 7
<input type="checkbox"/> un autre accident pour lequel un tiers peut être reconnu responsable (tels que accidents avec animaux, incendies, catastrophes, agression, ...)	Rubriques 2, 3, 6 et 7

* J'accepte que la Mutualité chrétienne (MC) puisse utiliser mon adresse e-mail pour me contacter dans le cadre de mon dossier personnel (1). Si j'enregistre ou modifie mon adresse e-mail, je recevrai un e-mail de la MC pour des raisons de sécurité afin de confirmer mon adresse e-mail et éventuellement modifier mes préférences de communication. Ce n'est qu'après cette confirmation que la MC utilisera mes préférences.

(1) Dans le cadre des services de la MC, sont concernés: aperçu des prestations en cas d'incapacité de travail; lettres, formulaires et attestations; factures pour le paiement de la cotisation, de la prime d'assurance et d'autres factures dans le cadre de mon dossier personnel (2); informations sur les services et avantages des assurances obligatoires et complémentaires; communications dans le cadre de mon contrat d'assurance(s) facultative(s) MC Assure (Hospi, Dento). Des informations sur ma santé peuvent être exposées dans le cadre de cette communication, je pense à protéger, si nécessaire, l'accès à ma boîte de courrier électronique.

(2) Ceci ne s'applique pas si j'ai choisi de recevoir mes documents et/ ou mes factures MC sur Doccle.

Déclaration d'accident

2. Description des faits

Date : - -

Heure :

Lieu des faits (pays, commune, rue, n°, boîte...) :

Description claire et précise des faits :

.....
.....

Je suis conscient du fait :

- qu'il faut l'accord de la MC pour qu'un règlement amiable avec la partie adverse soit opposable à la MC
- que je dois transmettre à la MC toutes les données et tous les documents concernant les faits et ses conséquences.
- qu'une déclaration inexacte ou incomplète et/ou l'usage de celle-ci peut entraîner:
 - des sanctions pénales : amendes et/ou peines de prison (art 233 Code Pénal Social).
 - des sanctions administratives: amende dans le secteur des soins de santé et/ou exclusion du droit aux indemnités (art 168 quinquies, Loi 14-7-1994).

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

Date :

Signature du membre ou nom, prénom et signature de son représentant :

.....

Dans le respect de votre vie privée, la MC utilise vos données personnelles dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (loi du 14 juillet 1994) et dans le cadre de l'assurance complémentaire (loi du 6 août 1990).

Tous vos droits concernant le Règlement Général sur la Protection des Données du 27 avril 2016 sont consultables dans la Privacy Policy via www.mc.be.

Déclaration d'accident

3. Description des lésions

Décrivez brièvement vos lésions (si vous possédez une attestation médicale, veuillez nous en transmettre une copie) :

Suite à l'accident, vous avez été hospitalisé du - - au - -

Nom de l'hôpital : Commune :

Suite à l'accident, vous avez interrompu le travail du - - au - -

Nom, adresse et numéro de téléphone de votre médecin traitant :

4. Accident du travail

1. L'accident a eu lieu : pendant le travail sur le chemin du travail (**complétez également la rubrique 5**)

2. Il y a eu des témoins de l'accident : oui non

Nom et adresse des témoins :

3. Vous avez informé votre employeur de l'accident du travail : oui non

Nom de votre employeur :

Adresse de votre employeur :

4. Votre employeur a transmis la déclaration d'accident du travail à son assureur : oui non

Assureur de votre employeur :

Numéro de police : Numéro de dossier :

5. L'assureur-loi a pris la décision suivante (**veuillez joindre copie de la lettre de la compagnie d'assurance**) :

acceptation sous réserve (l'assurance n'a pas encore pris de décision définitive)

refus à partir du - -

Motif du refus :

Vous êtes d'accord avec ce refus : oui non

Nom et adresse de votre syndicat ou de votre avocat si vous y avez fait appel :

Téléphone : Numéro de dossier :

6. Il s'agit d'une rechute d'un accident du travail antérieur : oui non

Cet accident du travail antérieur a déjà été reconnu pour la période du - -

au - -

Cet accident du travail antérieur est refusé pour la période du - - au - -

Cet accident du travail antérieur a été communiqué à l'assureur-loi ou à Fedris:

oui non Numéro de dossier :

Déclaration d'accident

5. Accident de circulation ou sur le chemin du travail

Si vous avez complété un constat européen d'accident, veuillez nous en transmettre une copie.

1. Un PV a été établi par la police de : (veuillez nous en transmettre une copie)

Date du PV : - -

Numéro du PV :

2. Vous étiez : conducteur d'un véhicule motorisé passager d'un véhicule motorisé
 conducteur d'un vélo / vélo électrique <25 km/h conducteur d'un moto / vélo électrique > 25 km/h

Nom, prénom et adresse du propriétaire du véhicule motorisé :

Compagnie d'assurance + adresse (si connu) :

Numéro de police : Numéro de dossier :

Vous étiez : piéton cycliste

Compagnie d'assurance familiale ou d'assistance juridique :

Numéro de police : Numéro de dossier :

3. Nom, adresse et n° de téléphone de votre courtier en assurance :

Nom, adresse et n° de téléphone de votre avocat :

4. Nom de la partie adverse 1 :

Adresse de la partie adverse 1 :

Véhicule de la partie adverse :

auto moto vélo/vélo électrique < 25km/h
 moto/vélo électrique >25 km/h autre :

Marque : Plaque d'immatriculation :

Compagnie d'assurance + adresse (si connu) :

Numéro de police : Numéro de dossier :

Nom et adresse de l'avocat de la partie adverse :

Nom de la partie adverse 2 (si d'application) :

Adresse de la partie adverse 2 :

Véhicule de la partie adverse : auto moto vélo/vélo électrique <25 km/h
 moto/vélo électrique >25km/h autre :

Marque : Plaque d'immatriculation :

Compagnie d'assurance + adresse (si connu) :

Numéro de police : Numéro de dossier :

Nom et adresse de l'avocat de la partie adverse :

Déclaration d'accident

5. Vous avez déjà réclamé un dédommagement auprès de la partie adverse : oui non montant : euros

Vous avez déjà été indemnisé par la partie adverse : oui non montant : euros

S'il y avait des témoins, merci de nous communiquer leurs noms et adresses :

.....

6. Autre accident pour lequel un tiers peut être reconnu responsable

1. Un PV a été établi par la police de : (veuillez nous en transmettre une copie)

Date du PV : - - Numéro du PV :

Compagnie d'assurance familiale ou d'assistance juridique + adresse (si connu) :

.....

Numéro de police : Numéro de dossier :

Nom et numéro de téléphone de votre courtier en assurance :

Nom et adresse de votre avocat :

.....

2. Nom de la partie adverse :

Adresse de la partie adverse :

Compagnie d'assurance + adresse (si connu) :

Numéro de police : Numéro de dossier :

Nom et adresse de l'avocat de la partie adverse :

3. Vous avez déjà réclamé un dédommagement auprès de la partie adverse : oui non montant : euros

Vous avez déjà été indemnisé par la partie adverse : oui non montant : euros

S'il y avait des témoins, merci de nous communiquer leurs noms et adresses :

.....

7. Autorisation (autorisation de transmettre des données médicales ou administratives relatives à l'accident)

Je, soussigné(e) (nom, prénom et adresse complète)

.....

Lien en rapport avec la victime (si le présent document n'est pas complété par la victime elle-même)

autorise la MC de demander ou transmettre aux compagnies d'assurance, médecin traitant ou autres institutions de soins, dans le cadre d'une expertise unilatérale et/ou contradictoire pour consultation ou traitement (loi du 22 août 2002) :

- les données médicales et/ou rapports médicaux,

- les documents administratifs

Cette autorisation est nécessaire en vue d'une gestion efficace de votre dossier d'accident.

Pour plus d'info sur la protection de vos données personnelles, nous nous référons au Règlement Général sur la Protection des Données du 27 avril 2016; vous trouverez toutes les données dans la Privacy Policy via www.mc.be.

Date: Signature (précédée de la mention 'Lu et approuvé') :

Déclaration d'accident

Dispositions légales

- Article 136, §2 de la loi relative à l'assurance obligatoire concernant les soins de santé et les indemnités, coordonnée le 14-7-1994, et l'article 295 de l'Arrêté Royal du 3-7-1996
- Article 43/29 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

Nous traiterons vos données personnelles conformément à la législation belge et européenne applicable en matière de protection de la vie privée, en particulier le règlement RGDP (2016/679) concernant la protection des données personnelles et la libre circulation de ces données. Pour plus d'informations concernant le traitement de vos données personnelles, veuillez consulter notre déclaration de confidentialité sur notre site web <https://www.mc.be/disclaimer/politique-confidentialite-mc>.