

Références du dossier (mentionnées dans la lettre jointe) : \_\_\_\_\_

Date, lieu et heure de l'accident : \_\_\_\_\_

### 1. Données de la victime

Nom et prénom(s) : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

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

Tél. domicile : \_\_\_\_\_ GSM : \_\_\_\_\_

Adresse e-mail : \_\_\_\_\_

N° de compte bancaire : \_\_\_\_\_

### 2. Données du déclarant (si autre que la victime)

Nom et prénom(s) : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

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

Tél. domicile : \_\_\_\_\_ GSM : \_\_\_\_\_

Adresse e-mail : \_\_\_\_\_

Lien avec la victime : \_\_\_\_\_

### 3. Situation familiale de la victime

Etat civil : célibataire – marié(e) – cohabitant(e) de fait – cohabitant(e) légal(e) - veuf/veuve – séparé(e) de fait – divorcé(e)\*

Nom du conjoint / du partenaire : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Situation professionnelle du conjoint/ du partenaire :

temps plein

temps partiel : \_\_\_\_\_ heures/semaine

#### Composition du ménage de la victime :

	Nom, prénom	Date de naissance	A charge	Cohabitant
Conjoint /partenaire			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Enfant(s)			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Parent(s)			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Y a-t-il un lien de parenté ou un autre lien avec le ou les auteur(s) de l'accident ?  oui  non

Si oui, lequel ? \_\_\_\_\_

\* Biffer la/les mention(s) inutile(s)

#### 4. Situation professionnelle de la victime

La victime a-t-elle subi une perte de revenu à la suite de l'accident ?  oui  non

Si oui, veuillez joindre la preuve de revenu du mois précédent l'accident (p. ex. fiche de salaire)

Situation professionnelle à la date de l'accident	A cocher	Depuis
Ouvrier	<input type="checkbox"/>	
Employé	<input type="checkbox"/>	
Fonctionnaire/militaire		
• statutaire	<input type="checkbox"/>	
• contractuel	<input type="checkbox"/>	
Indépendant	<input type="checkbox"/>	
Etudiant/Enfant	<input type="checkbox"/>	
Pensionné	<input type="checkbox"/>	
Prépensionné	<input type="checkbox"/>	
Demandeur d'emploi	<input type="checkbox"/>	
A charge de la mutualité	<input type="checkbox"/>	
A charge du CPAS	<input type="checkbox"/>	
Sans profession	<input type="checkbox"/>	
Autre	<input type="checkbox"/>	

- **Si la victime est salariée**

Nom et adresse de son employeur : \_\_\_\_\_

Régime	Temps plein :	Temps partiel :
Nombre heures/ semaine		

Salaire	Brut	Imposable	Net
Par heure			
Mensuel			
Annuel			

Autres avantages (primes, 13<sup>ème</sup> mois, chèque repas, ...) : \_\_\_\_\_

- **Si la victime est indépendante : à titre**  principal  accessoire

	A cocher	Bénéfices imposables	Montant des frais fixes
Dirigeant d'une société	<input type="checkbox"/>		
Société d'une personne	<input type="checkbox"/>		
Indépendant personne physique	<input type="checkbox"/>		

Veuillez joindre l'avertissement-extrait de rôle des trois dernières années.

Numéro BCE : \_\_\_\_\_

• **Si la victime est un étudiant :**

Nom de l'école : \_\_\_\_\_

Nature et durée des études : \_\_\_\_\_

Année en cours au moment de l'accident : \_\_\_\_\_

**5. Circonstances de l'accident**

L'accident s'est-il produit :

- au travail ou sur le chemin du travail ?
- dans le cadre scolaire ou sur le chemin de l'école ?
- au cours de la vie privée ?

• S'il s'agit d'un accident au travail ou sur le chemin du travail :

Nom et adresse de l'assureur « accident du travail » de l'employeur de la victime :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

• S'il s'agit d'un accident dans le cadre scolaire ou sur le chemin de l'école :

Adresse de l'école et nom et adresse de l'assureur scolaire :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

• Y a-t-il eu des témoins de l'accident?  oui  non

Si oui, quelle est leur identité (nom, prénom et adresse) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

• S'agit-il d'un accident avec un vélo ou un vélo électrique ?  oui  non

Si oui, quelle en est la marque et le type : \_\_\_\_\_

Si oui, roule-t-il à plus de 25 km/h de manière autonome ?  oui  non

• S'agit-il d'un accident avec un engin de déplacement électrique (segway, hoverboard, monowheel,...) ?  oui  non

Si oui, quelle en est la marque et le type \_\_\_\_\_

Si oui, roule-t-il à plus de 25 km/h de manière autonome ?  oui  non

**1. Conséquences matérielles de l'accident**

Description des dommages à des objets autres qu'au véhicule. Veuillez joindre toutes les notes justificatives et conserver les pièces endommagées.

Objet	Description des dommages	Date d'achat	Montant de l'achat (Estimation)

## 2. Conséquences corporelles de l'accident

Nature des blessures : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

La victime a-t-elle été hospitalisée à la suite de l'accident?  oui  non

Nom du médecin traitant et/ou de la clinique : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En cas d'hospitalisation : Date d'entrée : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Date de sortie : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

La victime a-t-elle été en incapacité totale de travail ?  oui  non

Si oui, du \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ au \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Est-elle encore en traitement ?  oui  non

Est-elle totalement guérie ?  oui  non Si oui, depuis le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Veillez joindre le document « certificat médical à remplir par le médecin ».

## 6. Intervention d'organismes ou assureurs

Quelles sont les assurances et couvertures dont la victime dispose ? Précisez cela dans le tableau ci-dessous ?

	Identité de l'organisme/assureur	Référence
Assureur accident de travail		
Assureur RC Auto		
Assureur frais médicaux		
Assureur hospitalisation		
Assureur individuelle accident		
Assureur revenus garantis		
Assureur dégâts matériels		
Assureur voyage		
Mutuelle		
CPAS		
Autres		

Mutualité (coller ici une vignette) :

La victime a-t-elle un assureur Responsabilité civile vie privée/familiale ?  oui  non

La victime a-t-elle un assureur de Protection juridique ?  oui  non

## 7. Remarques

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Ce questionnaire n'est pas exhaustif. Vous êtes invité à communiquer tous les autres renseignements utiles ou nécessaires au sujet de votre accident.**

Les données à caractère personnel recueillies au moyen du présent document sont traitées par les assureurs destinataires de ce document, responsables de leurs traitements, en vue des finalités suivantes : la gestion des sinistres repris sous rubrique, en particulier la constatation et l'évaluation du dommage corporel encouru par le soussigné ou la personne qu'il représente ; la détection et la prévention de la fraude, le traitement à des fins statistiques.

A ces seules fins, les données peuvent être, si nécessaire, communiquées à d'autres entreprises d'assurances concernées par l'indemnisation du dommage corporel du soussigné ou de la personne qu'il représente, à leurs représentants en Belgique, à leurs correspondants à l'étranger, à leurs réassureurs, à leurs bureaux de règlement de sinistres, à un expert, à un avocat, à un conseil technique, à l'intermédiaire d'assurances du soussigné ou de la personne qu'il représente et, plus généralement, à toute personne ou entité qui exerce un recours ou contre qui un recours est exercé en relation avec le dommage corporel visé ci-avant.

La base juridique du traitement de données est constituée par les contrats d'assurance (Protection juridique (PJ), Responsabilité civile (RC) ou tout autre contrat) ainsi que par l'obligation qui découle du contrat RC pour l'assureur responsable du traitement d'indemniser, le cas échéant, les victimes de dommages corporels à la suite du ou des sinistres repris sous rubrique. Dans l'hypothèse où le présent questionnaire ne serait pas rempli de manière adéquate, l'assureur se trouverait dans l'impossibilité de donner une suite à la présente demande d'intervention. Le traitement se fonde en outre sur l'intérêt légitime de l'assureur de prévenir la fraude à l'assurance et d'élaborer des statistiques.

Les données traitées sont conservées par l'assureur responsable pendant la durée de la gestion du sinistre, qui sera adaptée chaque fois que les circonstances l'exigent. Cette durée sera prolongée par le délai de prescription afin que l'assureur puisse faire face aux éventuels recours qui seraient engagés après la clôture du dossier sinistre.

Les personnes concernées peuvent prendre connaissance des données et, le cas échéant, les faire rectifier au moyen d'une demande datée et signée accompagnée d'une photocopie recto verso de la carte d'identité, adressée à l'assureur destinataire du présent document. Lesdites personnes peuvent en outre, selon les mêmes modalités, et dans les limites prévues par le Règlement général sur la protection des données, s'opposer au traitement de données ou demander la limitation de celui-ci. Elles peuvent aussi demander l'effacement ou la portabilité des données les concernant.

De plus amples informations et notamment les coordonnées du délégué à la protection des données peuvent être obtenues auprès de ce même assureur.

Une réclamation peut le cas échéant être introduite auprès de l'Autorité de Protection des données.

Dans le cadre de la procédure d'indemnisation, l'assureur a l'obligation de respecter « les règles de conduite pour règlement de sinistre : relations avec les victimes d'accidents graves » qui se trouvent sur le site web [www.assuralia.be](http://www.assuralia.be). Toute plainte relative à la bonne application par l'entreprise d'assurances de ce code de conduite est adressée par la victime au service des plaintes de l'entreprise concernée, conformément aux règles de conduite pour la gestion des réclamations dans les entreprises d'assurances (disponibles sur [www.assuralia.be](http://www.assuralia.be)). Si la réponse donnée par ce service n'est pas satisfaisante pour la victime, celle-ci peut introduire sa plainte auprès de l'Ombudsman des assurances via le site [www.ombudsman.as](http://www.ombudsman.as).

En cochant cette case, le soussigné donne son consentement au traitement des données relatives à sa santé ou celle de la personne qu'il représente lorsqu'elles sont nécessaires à la gestion du sinistre repris sous rubrique. Le soussigné donne son consentement à ce que le traitement des données relatives à sa santé ou celle de la personne qu'il représente puisse être effectué en dehors de la responsabilité d'un professionnel des soins de santé. Le soussigné donne son consentement à un éventuel examen médical.

Ce consentement peut être retiré à tout moment. En cas de retrait du consentement, l'assureur se trouverait dans l'impossibilité de donner une suite à la présente demande d'intervention.

Lesdites données relatives à la santé sont traitées avec la plus grande discrétion et uniquement par les personnes habilitées à le faire.

DATE

SIGNATURE DE LA VICTIME OU DE SON REPRESENTANT<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Si la victime ne peut signer elle-même, veuillez indiquer le motif.

**A remplir par votre médecin**  
**CERTIFICAT MEDICAL**

---

Le soussigné, docteur en médecine,

Nom : \_\_\_\_\_

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

déclare que :

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

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

a été victime d'un accident le (date) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ à (lieu) \_\_\_\_\_

**Conséquences de l'accident**

• Première consultation en rapport avec l'accident (date et heure) : \_\_\_\_\_

• Description de la nature des blessures : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

• La victime a-t-elle été hospitalisée  oui  non

Si oui, du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ au \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ inclus

• La victime est  encore en traitement

guérie depuis le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

• La victime est-elle temporairement dans l'impossibilité d'exercer ses tâches quotidiennes (travail, études, tâches ménagères, ...) ?  oui  non

Périodes et pourcentages d'incapacité :

du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ au \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ inclus à \_\_\_\_ %

du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ au \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ inclus à \_\_\_\_ %

du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ au \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ inclus à \_\_\_\_ %

du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ au \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ inclus à \_\_\_\_ %

• Le rétablissement complet de la victime est-il prévu ?  oui  non

Si oui, le (date) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

• Une invalidité/incapacité permanente est-elle envisagée ?  oui  non

• Informations complémentaires : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fait le (date) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

à \_\_\_\_\_

Signature et cachet du médecin

## RELEVÉ DES FRAIS MEDICAUX

Références/n° de dossier : \_\_\_\_\_

Date de l'accident : \_\_\_\_\_

Lieu de l'accident : \_\_\_\_\_

Nom et prénom du patient : \_\_\_\_\_

Pièce n°	Date	Montant payé	Intervention mutualité	Intervention autres assureurs	Montant qui reste à charge
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

**Important : si possible, numéroter et joindre toutes les pièces (attestations de soins médicaux complétées par le médecin et la mutualité, factures d'hôpitaux, attestation de produits pharmaceutiques fournie par votre pharmacien (B.V.A.C.), ...)**

## ATTESTATION DE PERTE DE REVENU

Références/n° de dossier : \_\_\_\_\_

Date de l'accident : \_\_\_\_\_

Lieu de l'accident : \_\_\_\_\_

Le soussigné (employeur/secrétariat social)

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

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

déclare que :

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

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

1) travaille pour lui en tant qu'OUVRIER/EMPLOYE/FONCTIONNAIRE (à biffer) et qu'il a été victime d'un accident dont il résulte

une incapacité totale du (date) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ au \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ inclus

une incapacité partielle de \_\_\_\_ % du (date) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ au \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ inclus

une reprise du travail depuis le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

2) aurait perçu un revenu net de \_\_\_\_\_ euros, s'il n'avait pas été en incapacité de travail durant cette période

3) à la suite de l'incapacité de travail consécutive à l'accident, il a perçu un revenu net garanti (hebdomadaire/mensuel) de

(montant) \_\_\_\_\_ euros du (date) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ au \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ inclus

(montant) \_\_\_\_\_ euros du (date) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ au \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ inclus

(montant) \_\_\_\_\_ euros du (date) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ au \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ inclus

(montant) \_\_\_\_\_ euros du (date) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ au \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ inclus

4) à la suite de l'incapacité de travail consécutive à l'accident, il a perdu (montant) \_\_\_\_\_ euros de chèques repas, primes, ...

Fait le (date) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

à \_\_\_\_\_

Signature cachet de l'employeur/secrétariat social



## ATTESTATION DE FRAIS DE DEPLACEMENT ET DE PARKING

Références/n° de dossier : \_\_\_\_\_

Date de l'accident : \_\_\_\_\_

Lieu de l'accident : \_\_\_\_\_

Nom et prénom de la victime : \_\_\_\_\_

Pièce n°	Date	Raison et lieu du déplacement	Nombre de km si déplacement en voiture (aller-retour)	Frais de transport en commun et de parking
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				

**Important : numéroter et joindre toutes les pièces (ticket de parking, ticket de train ou autres transport en commun, attestation de consultation, ... et tout document attestant votre déplacement)**