

COLLECTIVES ACCIDENTS

DÉCLARATION D'ACCIDENT

- Envoyez ce formulaire dans les 10 jours ouvrables qui suivent l'accident en y annexant l'attestation médicale de premiers soins.
- Si l'accident à déclarer concerne un accident de travail soumis à la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail, la seule déclaration de l'accident de travail sur le contrat « Accidents de Travail » est suffisante pour pouvoir bénéficier des garanties « Excédent-Loi » éventuelles. Si le risque Accidents du Travail est assuré auprès d'un autre assureur, une copie de cette déclaration doit être transmise à Allianz Benelux sa tout en mentionnant le numéro de la police d'assurance concernée auprès d'Allianz Benelux sa.

Numéro police d'assurances : BCCW

Le sinistre concerne le risque suivant couvert par la police d'assurance :
(voir police)

- | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Excédent-Loi | <input type="checkbox"/> Vie-Privée | <input type="checkbox"/> 24H/24H |
| <input type="checkbox"/> Stagiaires | <input type="checkbox"/> FPI | <input type="checkbox"/> Bénévoles |
| <input type="checkbox"/> Divers | | |

Catégorie de personnel couverte :

L'employeur et/ou le preneur d'assurance

Nom :

Prénom :

Raison commerciale :

Rue :

N°/Boîte :

Code postal/Localité :

Activité de l'entreprise :

Nom personne de contact :

Prénom personne de contact :

Tél. :

E-mail: *Facultatif*

N° de compte auprès d'un établissement financier :

IBAN : - - -

Code BIC :

Secrétariat Social :

Nom :

Rue :

N°/Boîte :

Code postal/Localité :

Numéro d'affiliation :

La victime de l'accident

NISS (numéro d'identification de la sécurité sociale) :

- -

Nom :

Prénom :

Lieu de naissance :

Date de naissance : / /

Sexe : M F

Nationalité :

Etat civil : Célibataire
 Marié(e)
 Divorcé(e)
 Veuf (veuve)

Résidence principale :

Rue :

N°/Boîte :

Code postal/Localité :

Langue de correspondance avec la victime :

- Français Néerlandais Allemand

Parenté avec l'employeur :

- Pas de parenté
 Au premier degré (parents et enfants)
 Autre (p. ex. : oncles ou grands-parents)

Mutuelle :

Code ou nom :

Rue :

N°/Boîte :

Code postal/Localité :

Numéro d'affiliation :

N° de compte auprès d'un établissement financier :

IBAN : B E - - -

BIC :

Description de l'accident**Jour de l'accident :**

Date : / /

Heure et min. : :

Date de notification de l'accident à l'employeur : / /

Heure et min. : :

Nature de l'accident :

- Accident du travail
- Accident de roulage vie privée
- Accident sur le chemin du travail
- Accident sportif vie privée
- Accident vie privée

Lieu de l'accident :

Rue :

N°/Boîte :

Code postal/Localité :

Décrivez les circonstances de l'accident et les événements qui l'ont provoqué :

Lors de l'accident, la victime exerçait-elle une activité dans le cadre de sa profession habituelle?

Oui Non

Si non, quelle activité exerçait-elle ?

Un procès-verbal a-t-il été dressé ?

Oui Non Réponse inconnue

Si oui, le procès-verbal porte le numéro d'identification

Date : / /

Et a été rédigé à :

Un tiers peut-il être rendu responsable de l'accident ?

Oui Non Réponse inconnue

Si oui,

Nom :

Prénom :

Rue :

N°/Boîte :

Code postal/Localité :

Nom et adresse de l'assureur :

Numéro de police :

Y a-t-il des témoins ?

Oui Non Réponse inconnue

Si oui,

Nom :

Prénom :

Rue :

N°/Boîte :

Code postal/Localité :

Des soins médicaux ont-ils été dispensés par un médecin externe ?

Oui Non Réponse inconnue

Si oui,

Date : / /

Heure et min. : :

Numéro d'identification du médecin à l'INAMI :

- -

Médecin :

Nom :

Prénom :

Rue :

N°/Boîte :

Code postal/Localité :

Conséquences de l'accident

Pas d'incapacité temporaire du travail

Incapacité temporaire du travail

Incapacité permanente de travail à prévoir

Décès, date du décès : / /

Cessation de l'activité professionnelle :

Date : / /

Heure et min. : :

Durée probable de l'incapacité temporaire du travail : jours

Données d'indemnisation de la victime

La victime est-elle soumise à l'ONSS ?

Oui Non

Si non, donnez-en le motif :

