

Vous êtes blessé à la suite d'un accident

CHECK-LIST DES DOCUMENTS A GARDER DANS VOTRE DOSSIER

En vue de votre indemnisation, **TOUS les documents relatifs à votre dommage sont importants**. Vous devez les conserver avec soin quand ils vous sont transmis afin de pouvoir faire la preuve de votre dommage et d'obtenir une indemnisation rapide et complète.

Afin de déterminer l'étendue de votre dommage, vous allez recevoir divers formulaires à compléter. Voici une check-list des documents les plus importants à avoir sous la main :

- Documents médicaux : rapports, radiographies, résultats d'examen, ... mais également le certificat de guérison ou de consolidation de vos lésions

- Attestations de frais médicaux
 - factures d'hospitalisation et d'ambulance
 - attestations de remboursement de la mutuelle
 - attestations (dites « BVAC ») fournies par le pharmacien à votre demande reprenant l'identité du patient, celle du médecin et l'objet de la prescription

- Fiche de salaire mensuelle et annuelle ou feuille d'impôts

- Frais de déplacements et d'administration : toutes les pièces justificatives

- Dégâts vestimentaires et autres : factures d'achat ou descriptif/photo de l'objet endommagé

!! Conservez les pièces endommagées.

**Gardez ces documents précieusement.
Complétez et transmettez les formulaires au plus vite lorsqu'ils vous sont
adressés.**



Vous êtes blessé à la suite d'un accident

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Références de votre dossier (mentionnées dans la lettre jointe):

Date, lieu et heure de l'accident :

1. Votre situation familiale

Vos nom et prénom(s) :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. domicile : GSM :

Adresse e-mail :

N° de compte bancaire :

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

Nom du conjoint / du partenaire :

Date de naissance :/...../.....

Situation professionnelle du conjoint :

- temps plein
- temps partiel : heures/semaine

Composition de votre ménage :

	Nom, prénom	Date de naissance	A charge	Cohabitant Inwonend/samenwonend
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
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 auteurs de l'accident ? oui non

Si oui, lequel ?



2. Votre situation professionnelle

Avez-vous 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 vous êtes salarié

Nom et adresse de votre employeur :

Régime	Temps plein :	Temps partiel :
Nombre heures/ semaine		

Salaire	Brut	Imposable	Net
Par heure			
Mensuel			
Annuel			

Autres avantages (primes, 13^{ème} mois, chèque repas, ...) :
.....



- Si vous êtes indépendant : 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"/>		

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

Numéro BCE :

- Si vous êtes étudiant :

Nom de l'école :

Nature et durée des études :

Année en cours au moment de l'accident :

3. Circonstances de l'accident

- S'agit-il pour vous d'un accident de travail ou sur le chemin du travail ?
 d'un accident dans le cadre scolaire ou sur le chemin de l'école ?
 d'un accident de la vie privée ?

- S'il s'agit d'un accident de travail ou sur le chemin du travail :

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

.....

.....

.....

- 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 son assureur scolaire:

.....

.....

.....

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

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

.....

.....

.....



4. 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)

5. Conséquences corporelles de l'accident

Nature des blessures :
.....
.....

Avez-vous été hospitalisé 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 :/...../.....

Avez-vous été en incapacité totale de travail? oui non

Si oui, du/...../..... au/...../.....

Etes-vous encore en traitement ? oui non

Etes-vous totalement guéri ? oui non Si oui, depuis le/...../.....

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



6. Intervention d'organismes ou assureurs

A la suite de l'accident, avez-vous sollicité l'intervention d'un organisme / assureur ci-dessous ?
Si oui, précisez dans le tableau.

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

Mutualité (coller ici une vignette) :

Avez-vous un assureur Responsabilité civile vie privée/familiale ? oui non

Avez-vous un assureur de Protection juridique ? oui non

7. Remarques

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



Ce questionnaire n'est pas exhaustif. Vous êtes invités 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 en vue des finalités suivantes : la gestion du sinistre 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, elles 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 leur représentant en Belgique, à leur correspondant à l'étranger, à leurs réassureurs, à leur bureau 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.

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.

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

Les personnes concernées peuvent prendre connaissance de ces 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 qui les a interrogées. De plus amples informations peuvent également être obtenues auprès de cet assureur.

Nom et prénom(s) de la personne signataire :
Adresse :
Qualité :
Tél. domicile : GSM :
Adresse e-mail :
Fait à date : ... / ... /

Signature ¹

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



A remplir par votre médecin

CERTIFICAT MEDICAL

Références/n° de dossier :

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 incapable d'exercer ses tâches quotidiennes (travail, études, tâches ménagères, ...) ? oui non
Si oui, 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)/...../.....
- Sinon, quelle est l'évolution de l'incapacité permanente ? %
- Informations complémentaires :

Fait le (date)/...../.....

à

Signature et cachet du médecin

RELEVÉ DES FRAIS MÉDICAUX

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 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)