

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 'Excedent-Loi' éventuelles. Si le risque Accident de 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 :	
Adresse : Rue :	N°/Boîte :
Code postal :	Localité :
Activité de l'entreprise :	
Personne de contact : Nom :	
Numéro de téléphone :	Adresse e-mail (facultative) :
N° de compte auprès d'un établissement financier (IBAN) :	<input type="text"/>
Code BIC :	<input type="text"/>
Secrétariat Social : Nom :	
Adresse : Rue :	N°/Boîte :
Code postal :	Localité :
Numéro d'affiliation :	

La victime de l'accident

NISS (numéro d'identification de la sécurité sociale) :		<input type="text"/>	
Nom :		Prénom :	
Lieu de naissance :		Date de naissance :	
Sexe :	<input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Féminin	Nationalité :
Etat civil :	<input type="checkbox"/> célibataire	<input type="checkbox"/> marié(e)	<input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> veuf (veuve)
Résidence principale :			
Adresse : Rue :		N°/Boîte :	
Code postal :		Localité + pays :	
Langue de correspondance avec la victime :		<input type="checkbox"/> français	<input type="checkbox"/> néerlandais <input type="checkbox"/> allemand
Parenté avec l'employeur :			
<input type="checkbox"/> pas parenté	<input type="checkbox"/> au premier degré (parents et enfants)	<input type="checkbox"/> autre (p. ex., oncle ou grands-parents)	
Mutuelle : Code ou nom :			
Adresse : Rue :		N°/Boîte :	
Code postal :		Localité :	
Numéro d'affiliation :			
N° de compte auprès d'un établissement financier (IBAN) :		<input type="text"/>	
Code BIC :		<input type="text"/>	

Description de l'accident

Jour de l'accident :	date :	heure :	min. :
Date de notification de l'accident à l'employeur :		heure :	min. :
Nature de l'accident :			
<input type="checkbox"/> accident du travail	<input type="checkbox"/> accident sur le chemin du travail	<input type="checkbox"/> accident vie privée	
<input type="checkbox"/> accident de roulage vie privée	<input type="checkbox"/> accident sportif vie privée		
Lieu de l'accident :			
Code postal :		Commune + pays :	
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?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si non, quelle activité exerçait-elle ?		
Un procès-verbal a-t-il été dressé ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> réponse inconnue
Si oui, le procès-verbal porte le numéro d'identification		
et a été rédigé à		le

Un tiers peut-il être rendu responsable de l'accident ?		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> réponse inconnue
Si oui,				
Nom :		Prénom :		
Adresse : Rue :		N°/Boîte :		
Code postal :		Localité :		
Nom et adresse de l'assureur :				
Numéro de police :				
Y a-t-il des témoins ?		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> réponse inconnue
Si oui,				
Nom :				
Adresse : Rue :		N°/Boîte :		
Code postal :		Localité :		
Des soins médicaux ont-ils été dispensés par un médecin externe ?		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> réponse inconnue
Si oui, date :		heure :	min. :	
Numéro d'identification du médecin à l'INAMI :		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Nom du médecin :		Prénom :		
Adresse : Rue :		N°/Boîte :		
Code postal :		Localité :		

Conséquences de l'accident

<input type="checkbox"/> pas d'incapacité temporaire du travail	<input type="checkbox"/> incapacité temporaire du travail		
<input type="checkbox"/> incapacité permanente de travail à prévoir	<input type="checkbox"/> décès, date du décès :		
Cessation de l'activité professionnelle :	date :	heure :	min. :
Durée probable de l'incapacité temporaire du travail :		jours	

Données d'indemnisation de la victime

La victime est-elle soumise à l'ONSS ?		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si non, donnez-en le motif :			
Mentionnez la catégorie professionnelle de la victime :			
<input type="checkbox"/> ouvrier	<input type="checkbox"/> employé		
<input type="checkbox"/> élève, stagiaire ou apprenti	<input type="checkbox"/> personne en formation professionnelle individuelle (FPI)		
<input type="checkbox"/> contractuel subventionné	<input type="checkbox"/> sportif rémunéré		
<input type="checkbox"/> fonctionnaire	<input type="checkbox"/> domestique (y compris gens de maison)		
<input type="checkbox"/> profession libre	<input type="checkbox"/> indépendant		
<input type="checkbox"/> la victime n'a pas (plus) d'occupation professionnelle	<input type="checkbox"/> autres (à préciser) :		

Fonction de la victime dans l'entreprise :

Type de contrat de travail : à temps plein à temps partiel

Nombre de jours par semaine du régime de travail : jours et centièmes

Nombre moyen d'heures par semaine du régime de travail : heures et centièmes

La victime est-elle une personne pensionnée exerçant encore une activité professionnelle ? oui non

Mode de rémunération :

 rémunération fixe à la pièce ou à la tâche ou à façon à la commission (totalement ou partiellement)

Montant de base de la rémunération : unité de temps :

 heure jour semaine mois trimestre année

Total des rémunérations (le montant déclaré doit correspondre à l'unité de temps) :

EUR Prime de l'année : oui non

Si oui, montant :

 de la rémunération annuelle montant forfaitaire de EUR rémunération d'un nombre d'heures nombre d'heures

Déclarant (nom et qualité) :

Date :

Signature :

Assurance Collectives Accidents – Veuillez utiliser le numéro de compte bancaire suivant :**IBAN : BE67 3101 6587 9887 – Code BIC : BBRUBE33 – Allianz Benelux s.a. – Rue de Laeken 35 – 1000 Bruxelles**