DECLARATION D'ACCIDENT

A.	***IDENTIFICATION DE LA VICTIME***

1.	**Nom et prénom:**			
	Rue:			
	Localité:		**Code postal:**	
	Téléphone:		**GSM:**	
	Email:			
2.	**NISS:**			
3.	**Vous êtes:**			
	□ Salarié	□ Fonctionnaire	□ Pensionné	□ Invalide
	□ Chômeur	□ Indépendant	□ Personne à charge	□ Intérimaire

B.	***FAITS***

Date présumée des faits :

Date et heure réelle des faits :

Complétez la suite de la déclaration suivant le tableau ci-dessous

	Type d'accident	Que faut-il compléter ?
☐	Il ne s'agit pas d'un accident, mais d'une maladie ou traitement médical qui n'est pas en relation avec un accident.	Nature de l'affection : Vous devez aussi dater et signer en fin de document
☐	Il s'agit d'un accident sans tiers responsable (scolaire, sportif, vie privée,...).	Rubriques C, D et H
☐	Accident du travail.	Rubriques C, E et H
☐	Accident sur le chemin du travail.	Rubriques C, E, F et H
☐	Accident de circulation.	Rubriques C, F et H
☐	Coups et blessures volontaires.	Rubriques C, G et H
☐	Autre accident impliquant un tiers.	Rubriques C, G et H

N'oubliez pas de dater et signer en fin de document

C.	***DESCRIPTION CLAIRE ET PRECISE DE L'ACCIDENT ET DU DOMMAGE CORPOREL***

1.	Si ces blessures sont la conséquence d'un accident antérieur, merci de nous en préciser la date exacte:
2.	Lieu des faits (adresse exacte) :
3.	Circonstances claires et précises et plan des faits :
4.	Décrivez la nature de vos lésions : Si vous possédez une attestation médicale, veuillez nous en transmettre une copie
5.	Si vous avez été hospitalisé : Nom de l'hôpital : Hospitalisation du : au
6.	Durée probable de l'incapacité :

D.	***ACCIDENT SANS TIERS RESPONSABLE (SCOLAIRE, SPORTIF, VIE PRIVEE,...)***

	En cas d'accident de circulation, complétez également la rubrique F.	
1. 2.	Nom et adresse de l'établissement, du club ou de l'organisation : Nom et adresse de la compagnie d'assurances :	
	N° de police :	N° de sinistre :

E.	***ACCIDENT DU TRAVAIL OU SUR LE CHEMIN DU TRAVAIL***

	S'il s'agit d'un accident sur le chemin du travail complétez également la rubrique F.		
1.	L'accident a-t-il été signalé à l'employeur ?	□ OUI	□ NON
2.	Nom et adresse de l'employeur :		
3.	Nom et adresse de la compagnie d'assurances de l'employeur (assureur-loi) :		
	N° de police : N° de sinistre :		
4.	En cas de refus de prise en charge par l'assureur-loi et si une action a été engagée contre ce dernier, merci de nous communiquer les coordonnées de l'organisme ou de la personne qui assure votre défense :		

F.	***ACCIDENT DE CIRCULATION***

1.	Un procès-verbal a-t-il été dressé ?	□ OUI	□ NON
	Le PV a été établi par la police de :		
	Date du PV : N° du PV :		
	Si vous possédez le procès-verbal d'audition, veuillez nous transmettre une copie.		
2.	Vous étiez : □ Conducteur du véhicule □ Passager du véhicule □ Piéton □ Cycliste		
3.	Nom et adresse du propriétaire du véhicule :		
	N° d'immatriculation du véhicule :		
	Compagnie d'assurances couvrant le véhicule :		
	N° de police : N° de sinistre :		
	Merci de nous communiquer les coordonnées complètes de tous les occupants du véhicule :		
	Nom et adresse du tiers responsable :		
	N° d'immatriculation du véhicule :		
	Compagnie d'assurance couvrant le véhicule :		
	N° de police : N° de sinistre :		
4.	Avez-vous réclamé un dédommagement auprès de la partie adverse ?	□ OUI	□ NON
	Avez-vous déjà été indemnisé pour votre dommage corporel ?	□ OUI	□ NON
	Un règlement amiable est-il intervenu ?	□ OUI	□ NON
	Si oui, en quoi consiste cet accord amiable ?		

G.	***COUPS ET BLESSURES VOLONTAIRES, AUTRES ACCIDENTS IMPLIQUANT UN TIERS (AGRESSION, RIXE, ANIMAUX,...)***

1.	Coups et blessures volontaires :	□ OUI	□ NON
	Autre accident impliquant un tiers :	□ OUI	□ NON
2.	Un procès-verbal a-t-il été dressé ?	□ OUI	□ NON
	Le PV a été établi par la police de :		
	Date du PV : N° du PV :		
	Une plainte a-t-elle été déposée ?	□ OUI	□ NON
Si vous possédez le procès-verbal d'audition, veuillez nous transmettre une copie.			
3.	Nom et adresse de la partie adverse :		
	Compagnie d'assurances :		
	N° de police : N° de sinistre :		
4.	Avez-vous réclamé un dédommagement auprès de la partie adverse ?	□ OUI	□ NON
	Avez-vous déjà été indemnisé pour votre dommage corporel ?	□ OUI	□ NON
	Un règlement amiable est-il intervenu ?	□ OUI	□ NON
	Si oui, en quoi consiste cet accord amiable ?		
	Nom et adresse de votre avocat :		

H.	***AUTORISATION***

Compte tenu de la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel et de la loi du 22 août 2002 relative aux droits des patients, je soussigné, **.....** autorise expressément la Mutualité Neutre ou son médecin-conseil le cas échéant, à réclamer, à rassembler et à transmettre par toute voie tous les documents, justificatifs ou rapports d'expertise, uniquement en relation avec l'accident ci-dessus déclaré, et qui sont nécessaires et indispensables à l'application de l'article 136 de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.
J'autorise également la mutualité à réclamer auprès de mon avocat ou syndicat les documents qui lui seront nécessaires pour la gestion de mon dossier.

Je déclare avoir pris connaissance qu'aucun règlement à l'amiable avec la partie adverse n'est opposable à la mutualité sans son accord. D'autre part, je m'engage à communiquer à la mutualité tous les documents ayant trait au sinistre déclaré ci-avant. Conscient du fait qu'une déclaration fausse ou incomplète peut entrainer des amendes ou des peines de détention, conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 31 mai 1993 concernant les déclarations à faire en matière de subventions, indemnités et allocations de toute nature qui soit, en tout ou en partie, à charge de l'Etat.
Conscient aussi qu'une déclaration fausse ou incomplète ou l'usage de celle-ci peut entrainer l'application d'une sanction administrative, à savoir l'exclusion du droit aux prestations de l'assurance maladie-invalidité, c'est-à-dire l'exclusion du droit aux indemnités ou aux remboursements des prestations de santé, ou l'exclusion du droit à toutes les prestations (A.R. 10/01/1969).

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

Date :	Signature :