

## DECLARATION D'ACCIDENT "COLLECTIVES"

Numéro police d'assurance : **BCCW** \_\_\_\_\_ - \_\_\_

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

Excédent-Loi -  Vie Privée -  24H/24 -  Stagiaires -  FPI -  Bénévoles -  Divers

Catégorie de personnel couverte : .....

- Envoyez ce formulaire dans les 10 jours ouvrables qui suivent l'accident, avec 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 Accident de Travail est assuré auprès d'un autre assureur, une copie de cette déclaration doit être transmise à MENSURA SA tout en mentionnant le numéro de la police d'assurance concernée auprès de MENSURA SA.

### L'EMPLOYEUR et/ou LE PRENEUR D'ASSURANCE

- Nom et prénom ou raison commerciale : .....
- Rue/numéro/boîte : .....  
Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : .....
- Activité de l'entreprise : .....
- Personne de contact :  
Nom et prénom : .....  
Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Adresse mail : (facultative) : .....
- Numéro de compte auprès d'un établissement financier : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
- Nom de votre Secrétariat Social : .....  
Rue/Numéro/boîte : .....  
Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : .....  
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 :  masculin -  féminin Nationalité : .....
- Etat civil :  célibataire -  marié -  divorcé(e) -  veuf (veuve)
- Résidence principale ou adresse de correspondance :  
Rue/n°/boîte : .....  
Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : ..... Pays : .....
- Langue de correspondance avec la victime :  français -  néerlandais -  allemand
- Parenté avec l'employeur :  
 pas parenté -  au premier degré (parent et enfants) -  autre (p.ex., oncle ou grands-parents)
- Mutuelle : Code ou nom : \_\_\_\_\_  
Rue/n°/boîte : .....  
Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : .....
- Numéro d'affiliation : .....
- Numéro de compte auprès d'un établissement financier : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**DESCRIPTION DE L'ACCIDENT**

17. Jour de l'accident : ..... date : \_\_/\_\_/20\_\_ heure : \_\_ min : \_\_
18. Date de notification de l'accident à l'employeur : \_\_/\_\_/20\_\_ heure : \_\_ min : \_\_
19. Nature de l'accident :  accident du travail -  accident sur le chemin du travail -  accident vie privée  
 accident de roulage vie privée -  accident sportif vie privée
20. Lieu de l'accident : Code postal : \_\_\_\_ Commune : ..... Pays : .....
21. Décrivez les circonstances de l'accident et les événements qui l'ont provoqué.  
.....  
.....  
.....  
.....
22. 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 ? .....
23. Un procès-verbal a-t-il été dressé ?  oui -  non -  réponse inconnue  
Si oui, le procès-verbal porte le numéro d'identification .....  
et a été rédigé à ..... le \_\_/\_\_/20\_\_ par .....
24. Un tiers peut-il être rendu responsable de l'accident ?  oui -  non -  réponse inconnue  
Si oui, nom et adresse : .....  
Nom et adresse de l'assureur : ..... Numéro de police : .....
25. Y a-t-il eu des témoins ?  oui -  non -  réponse inconnue  
Si oui, nom : ..... rue/n°/boîte : ..... Code postal : ..... Commune : .....
26. Des soins médicaux ont-ils été dispensés par un médecin externe ?  oui -  non -  réponse inconnue  
Si oui, date : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ heure : \_\_ min : \_\_  
numéro d'identification du médecin à l'INAMI : \_\_\_\_\_  
Nom et prénom du médecin : .....  
Rue/n°/boîte : .....  
Code postal : \_\_\_\_ Commune : .....

**CONSEQUENCES DE L'ACCIDENT**

27. Conséquences de l'accident :  pas d'incapacité temporaire de travail  
 incapacité temporaire de travail  
 incapacité permanente de travail à prévoir  
 décès, date du décès : \_\_/\_\_/\_\_\_\_
28. Cessation de l'activité professionnelle : date : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ heure : \_\_ min : \_\_
29. Durée probable de l'incapacité temporaire de travail : ..... jours

**DONNEES D'INDEMNISATION DE LA VICTIME**

30. La victime est-elle soumise à l'ONSS ?  oui -  non  
Si non, donnez-en le motif : .....
31. Mentionnez la catégorie professionnelle de la victime :  
 ouvrier -  employé -  élève, stagiaire ou apprenti -  personne en formation professionnelle individuelle (FPI)  
 contractuel subventionné -  sportif rémunéré -  fonctionnaire -  domestique (y compris gens de maison)  
 profession libre -  indépendant -  la victime n'a pas (plus) d'occupation professionnelle  
 autres (à préciser) : .....
32. Fonction de la victime dans l'entreprise : .....
33. Type de contrat de travail :  à temps plein -  à temps partiel
34. Nombre de jours par semaine du régime de travail : \_\_ jours et \_\_ centièmes
35. Nombre moyen d'heures par semaine du régime de travail : \_\_ heures et \_\_ centièmes
36. La victime est-elle une personne pensionnée exerçant encore une activité professionnelle ? :  oui -  non
37. Mode de rémunération :  rémunération fixe  
 à la pièce ou à la tâche ou à façon  
 à la commission (totalement ou partiellement)
38. 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 \_\_\_\_\_,
39. Prime de fin d'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 : \_\_/\_\_/20\_\_

Signature :