

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 :	

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"/> - <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) :	

