



A Company of the ERGO Group

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.**

Annexe 1

Vous êtes blessé à la suite d'un accident

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Références du 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 : BE.....

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
			<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"/>		

Veuillez 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 photos, les justificatifs d'achat 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 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 » (annexe 3).



A Company of the ERGO Group

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.

	Nom	numéro de contrat/dossier
Mutualité		
Assureur accident de travail		
Assureur frais médicaux		
Assureur hospitalisation		
Assureur du conducteur		
Assureur individuelle accident		
Assureur revenus garantis		
Assureur dégâts matériels		
Assureur voyage		
CPAS		
Autres		

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.

Annexe 2

Traitement des données relatives à la santé

Les données à caractère personnel recueillies au moyen du présent document sont traitées par D.A.S Société anonyme belge d'assurances de Protection, responsable du traitement, en vue des finalités suivantes: la gestion du sinistre repris sous rubrique, en particulier la constatation et l'évaluation du dommage corporel encouru pour le soussigné ou la personne qu'il représente, la détection et la prévention de la fraude et 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.

La base juridique du traitement de données est constituée par le contrat Protection juridique (PJ) ou d'assurance responsabilité civile (RC) ainsi que par l'obligation qui en découle pour l'assureur responsable du traitement de défendre vos intérêts (PJ) ou d'indemniser les victimes de dommages corporels à la suite du ou des sinistres repris sous rubrique (RC). Dans l'hypothèse où le présent questionnaire ne serait pas rempli de manière adéquate, l'assureur se trouverait dans l'impossibilité de gérer votre dossier (PJ) ou de procéder à l'indemnisation (RC). Le traitement se fonde en outre sur l'intérêt légitime de l'assureur de prévenir la fraude à l'assurance et d'élaborer des statistiques.

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 données traitées sont conservées par l'assureur responsable pendant la période nécessaire pour le traitement du dossier augmentée du délai de prescription.

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. Lesdites personnes peuvent en outre, selon les mêmes modalités, et dans les limites prévues par le Règlement général sur la protection des données, s'opposer au traitement des données ou demander la limitation de celui-ci. Elles peuvent aussi demander l'effacement ou la portabilité des données les concernant.

Si le traitement est fondé sur l'intérêt légitime de l'assureur, la personne concernée a le droit de, dans les limites prévues par le Règlement général sur la protection des données, de s'opposer à tout moment.

Il est important de signaler que l'exercice de d'un de ces droits peut avoir comme conséquence que l'assureur est dans l'impossibilité de gérer votre dossier.

Les coordonnées du délégué à la protection des données sont pour la D.A.S.:

D.A.S Société anonyme belge d'assurance de Protection juridique, À l'attention du Data Protection Officer, Avenue Lloyd George 6 - 1000 Bruxelles, 02/645 51 11 - privacy@das.be

Une réclamation peut le cas échéant être introduite auprès de l'autorité de protection des données belge.



A Company of the ERGO Group

Votre consentement:

En cochant la case ci-dessous,

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 est conscient que, dans le cadre de la gestion du sinistre, les données relatives à la santé puissent être envoyées aux personnes mentionnées dans l'alinéa 2.

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 ce que les données relative à sa santé ou celle de la personne qu'il représente puissent être transférées à l'intermédiaire d'assurances du soussigné ou de la personne qu'il représente.

Le soussigné(e) donne - dans le cadre de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient - son accord explicite à la D.A.S. sa, pour que celle-ci puisse demander dans leur intégralité, auprès des tierces parties concernées, e.a. les médecins traitants, les compagnies d'assurances et leurs experts médicaux, ses données médicales et/ou ses rapports médicaux dans le cadre d'un examen médical unilatéral et/ou contradictoire. Cet accord est nécessaire pour l'examen et le traitement du dossier afin d'assurer une gestion efficace et pratique dans le cadre de la défense des intérêts civils suite à l'accident susmentionné.

Le consentement peut être retiré à tout moment, sans que cela remette en cause licéité du traitement effectué avant le retrait de ce consentement.

Pour accord :

Nom et prénom(s) de la personne signataire :

Adresse:

Qualité:

Adresse e-mail:

Tél. domicile:GSM:

Fait àdate: / /

Signature ¹

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



Annexe 3

A remplir par votre médecin

CERTIFICAT MEDICAL

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,

a) périodes et pourcentages d'incapacité personnelle temporaire:

- du/...../..... au/...../..... inclus à %
- du/...../..... au/...../..... inclus à %
- du/...../..... au/...../..... inclus à %
- du/...../..... au/...../..... inclus à %

b) périodes et pourcentages d'incapacité ménagère temporaire:

- du/...../..... au/...../..... inclus à %
- du/...../..... au/...../..... inclus à %
- du/...../..... au/...../..... inclus à %
- du/...../..... au/...../..... inclus à %

c) périodes et pourcentages d'incapacité économique temporaire:

- du/...../..... au/...../..... inclus à %
- du/...../..... au/...../..... inclus à %
- du/...../..... au/...../..... inclus à %
- du/...../..... au/...../..... inclus à %



A Company of the ERGO Group

- 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

Annexe 4

A remplir par votre employeur ou votre secrétariat social

ATTESTATION DE PERTE DE REVENU

Références/n° de dossier :

Date de l'accident :

Lieu de l'accident :

Le soussigné (employeur/secrétariat social)

Nom et prénom :

Adresse :

déclare que :

Nom et prénom:

Adresse :

1) travaille pour lui en tant qu'OUVRIER/EMPLOYE/FONCTIONNAIRE (à biffer) et qu'il a été victime d'un accident dont il résulte

- une incapacité totale du (date)/...../..... au/...../..... inclus
- une incapacité partielle de% du (date)/...../..... au/...../..... inclus
- une reprise du travail depuis le/...../.....

2) aurait perçu un revenu net de euros, s'il n'avait pas été en incapacité de travail durant cette période

3) à la suite de l'incapacité de travail consécutive à l'accident, il a perçu un revenu net garanti (hebdomadaire/mensuel) de

(montant) euros du (date)/...../..... au/...../..... inclus

(montant) euros du (date)/...../..... au/...../..... inclus

(montant) euros du (date)/...../..... au/...../..... inclus

(montant) euros du (date)/...../..... au/...../..... inclus

4) à la suite de l'incapacité de travail consécutive à l'accident, il a perdu (montant) euros de chèques repas, primes, ...

Fait le (date)/...../..... à

Signature cachet de l'employeur/secrétariat social

Annexe 5

ATTESTATION DE FRAIS DE DEPLACEMENT ET DE PARKING

Référence 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)