

OVERSEAS CONTACT

Amélie Elie
02 509 38 22
Pascale Domken
02 509 20 84
prestationsperiodiques-om@onssrszls.fgov.be

ADRESSE

Place Victor Horta 11
1060 Bruxelles

Modèle A8 - Déclaration d'accident

I. VICTIME

1. Nom et prénom de la victime : N° d'affiliation : _____ / _____
2. Lieu et date de naissance : ____ / ____ / _____
3. Adresse, téléphone, fax et e-mail :
.....
.....
4. Profession occupée :
5. Nom et adresse de l'avocat de la victime :
6. Dénomination et adresse de l'assureur :
Auto de la victime (R.C.) :
N° de la police d'assurance :
7. Une plainte a-t-elle été émise contre la victime ?

II. ACCIDENT

8. Lieu de l'accident :
9. Jour, date et heure : - ____ / ____ / _____
10. Circonstances de l'accident :
.....
.....
.....
.....
11. Que faisait la victime au moment de l'accident ?
13. Quel travail exécutait-elle ?
14. Était-elle sur le chemin du travail ? Oui Non
15. L'employeur a-t-il été informé de l'accident ? Oui Non
16. Nom, prénom et adresse des témoins principaux :
.....
.....
.....

OVERSEAS CONTACT

Amélie Elie
02 509 38 22

Pascale Domken
02 509 20 84

prestationsperiodiques-om@onssrszls.fgov.be

ADRESSE

Place Victor Horta 11
1060 Bruxelles

17. L'accident est-il considéré comme accident de travail ? Oui Non

18. Pourquoi l'accident de travail n'est-il pas considéré comme accident du travail ?

19. Un procès-verbal a-t-il été dressé ? Oui Non

▶ N° et date du P.V. : - ____/____/_____

20. L'accident a-t-il eu lieu à l'occasion d'un exercice physique ? Oui Non

Au cours d'une compétition sportive ? Oui Non

Dans l'affirmative :

▶ a) Laquelle :

▶ b) Les participants ont-ils été rémunérés ? Oui Non

▶ c) Les organisateurs ont-ils perçu un droit d'entrée ? Oui Non

21. Nature et gravité des blessures :

22. Durée probable d'incapacité :

23. La victime a-t-elle été hospitalisée ? Oui Non

▶ Dans quel établissement ?

▶ Depuis quelle date ? ____/____/_____

24. Renseignements complémentaires :

Plan du lieu de l'accident.

OVERSEAS CONTACT

Amélie Elie
02 509 38 22

Pascale Domken
02 509 20 84

prestationsperiodiques-om@onssrszls.fgov.be

ADRESSE

Place Victor Horta 11
1060 Bruxelles

III. ACCIDENT DE TRAVAIL OU ACCIDENT SUR LE CHEMIN DU TRAVAIL.

25. Nom et adresse de l'employeur :

.....

.....

26. Compagnie d'assurance de l'employeur :

27. La victime a-t-elle déjà engagé une procédure contre son employeur ? Oui Non

▶ Au près de quelle juridiction ?

28. L'accident de travail a-t-il été porté à la connaissance :

▶ Du greffe de la justice de paix ? Oui Non

▶ De l'inspection sociale ? Oui Non

▶ De la compagnie d'assurance de l'employeur ? Oui Non

IV. ACCIDENT AVEC RESPONSABILITE CIVILE D'UN TIERS.

30. Nom, adresse et profession du tiers :

.....

.....

31. Nom et adresse de l'employeur du tiers :

.....

.....

32. Nom et adresse de la compagnie d'assurance

▶ Du tiers :

.....

▶ Ou de son employeur :

.....

33. Nom et adresse de l'avocat du tiers :

.....

.....

34. Un règlement à l'amiable est-il intervenu entre la victime et le tiers ? Oui Non

▶ Avec l'accord de l'organisme assureur ?

▶ Sans l'accord de l'organisme assureur ?

35. En quoi consiste ce règlement à l'amiable ?

.....

OVERSEAS CONTACT

Amélie Elie
02 509 38 22

Pascale Domken
02 509 20 84

prestationsperiodiques-om@onssrszls.fgov.be

ADRESSE

Place Victor Horta 11
1060 Bruxelles

36. La victime a-t-elle déposé plainte contre un tiers ? Oui Non

▶ Au près de la police ? Oui Non

▶ Au près du Procureur du Roi ? Oui Non

37. Le tiers est-il poursuivi ? Oui Non

38. Le tiers a-t-il déjà été mis en demeure par la victime ? Oui Non

Certifié sincère.

Signature du bénéficiaire ou de son mandataire,

Fait à le ____/____/____

Signature*

(* Signature électronique et manuscrite autorisées)

OVERSEAS CONTACTAmélie Elie
02 509 38 22Pascale Domken
02 509 20 84prestationsperiodiques-om@onssrszls.fgov.be**ADRESSE**Place Victor Horta 11
1060 Bruxelles**DECLARATION DE SUBROGATION**

Je soussigné (1) :

.....

subroge l'Office dans mes droits d'obtenir, de toute personne dont la responsabilité serait engagée, indemnisation de l'accident dont :

j'ai été victime

a été victime

Le ____ / ____ / ____ à

Cette subrogation est accordée à concurrence des montants que cet Office m'a versés ou me versera en remboursement des frais de soins de santé engagés ou à engager du fait de cet accident.

Fait à le ____ / ____ / ____

Signature*

(La signature de la personne qui accorde la subrogation doit être précédée des mots « Lu et approuvé » écrits de sa main).

(1) Nom, prénom et adresse du signataire.

(*) Signature électronique et manuscrite autorisées