

**Votre proche est décédé à la suite d'un accident**

**RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX**

---

Références du dossier (mentionnées dans la lettre jointe): .....

Date, lieu et heure de l'accident : .....

**1. Données de la victime**

Nom et prénom(s) de la personne décédée : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

**2. Données du déclarant**

Nom et prénom(s) : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. domicile : ..... GSM : .....

Adresse e-mail : .....

Lien avec la victime : .....

**3. Situation familiale de la victime**

Etat civil : célibataire – marié(e) – cohabitant(e) de fait – cohabitant(e) légal(e) – veuf/veuve – séparé(e) de fait – divorcé(e)

Nom du conjoint / du partenaire .....

Date de naissance : ...../...../.....

Situation professionnelle du conjoint / du partenaire :

- temps plein
- temps partiel : ..... heures/semaine

**Composition du ménage du défunt :**

	Nom, prénom	Date de naissance	A charge	Cohabitant
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
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 ? .....

**4. Situation du revenu de la famille**

Situation professionnelle du défunt à la date de l'accident			Situation professionnelle du conjoint/partenaire à la date de l'accident		
	A cocher	Depuis		A cocher	Depuis
Ouvrier	<input type="checkbox"/>		Ouvrier	<input type="checkbox"/>	
Employé	<input type="checkbox"/>		Employé	<input type="checkbox"/>	
Fonctionnaire/militaire			Fonctionnaire/militaire		
- statutaire	<input type="checkbox"/>		- statutaire	<input type="checkbox"/>	
- contractuel	<input type="checkbox"/>		- contractuel	<input type="checkbox"/>	
Indépendant	<input type="checkbox"/>		Indépendant	<input type="checkbox"/>	
Etudiant/Enfant	<input type="checkbox"/>		Etudiant/Enfant	<input type="checkbox"/>	
Pensionné	<input type="checkbox"/>		Pensionné	<input type="checkbox"/>	
Prépensionné	<input type="checkbox"/>		Prépensionné	<input type="checkbox"/>	
Demandeur d'emploi	<input type="checkbox"/>		Demandeur d'emploi	<input type="checkbox"/>	
A charge de la mutualité	<input type="checkbox"/>		A charge de la mutualité	<input type="checkbox"/>	
A charge du CPAS	<input type="checkbox"/>		A charge du CPAS	<input type="checkbox"/>	
Sans profession	<input type="checkbox"/>		Sans profession	<input type="checkbox"/>	
Autre	<input type="checkbox"/>		Autre	<input type="checkbox"/>	

[Logo entreprise d'assurance]

<u>Si le défunt était salarié</u>				<u>Si le conjoint/partenaire est salarié</u>			
Nom et adresse de son employeur : .....				Nom et adresse de son employeur : .....			
Régime	Temps plein :	Temps partiel :		Régime	Temps plein :	Temps partiel :	
Nombre heures/semaine				Nombre heures/semaine			
Salaire	Brut	Imposable	Net	Salaire	Brut	Imposable	Net
Par heure				Par heure			
Mensuel				Mensuel			
Annuel				Annuel			
Autres avantages (primes, 13 <sup>ème</sup> mois, chèque repas, ...) :				Autres avantages (primes, 13 <sup>ème</sup> mois, chèque repas, ...) :			

<u>Si le défunt était indépendant</u>				<u>Si le conjoint/partenaire est indépendant</u>			
à titre <input type="checkbox"/> principal <input type="checkbox"/> accessoire				à titre <input type="checkbox"/> principal <input type="checkbox"/> accessoire			
	A cocher	Bénéfices imposables	Montant des frais fixes		A cocher	Bénéfices imposables	Montant des frais fixes
Dirigeant d'une société				Dirigeant d'une société			
Société d'une personne				Société d'une personne			
Indépendant personne physique				Indépendant personne physique			

Veuillez joindre l'avertissement-extrait de rôle des trois dernières années.

Numéro BCE : .....

- Si le défunt était étudiant :

Nom de l'école : .....

Nature et durée des études : .....

Année en cours au moment de l'accident : .....

## 5. Circonstances de l'accident

[Logo entreprise d'assurance]

- S'agit-il
- 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 l'employeur du défunt :.....

.....

.....

- 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) :

.....

.....

.....

- S'agit-il d'un accident avec un vélo ou un vélo électrique ?  oui  non

Si oui, quelle en est la marque et le type :.....

Si oui, roule-t-il à plus de 25 km/h de manière autonome ?  oui  non

- S'agit-il d'un accident avec un engin de déplacement électrique (segway, hoverboard, monowheel,...) ?  oui  non

Si oui, quelle en est la marque et le type :.....

Si oui, roule-t-il à plus de 25 km/h de manière autonome ?  oui  non

### 1. Conséquences matérielles de l'accident

Description des dommages à des objets autres qu'au véhicule. Veuillez joindre toutes les notes justificatives et conserver les pièces endommagées.

Objet	Description des dommages	Date d'achat	Estimation

### 2. Conséquences corporelles de l'accident

Nature des blessures : .....  
.....  
.....  
.....

Le défunt a-t-il été hospitalisé à la suite de l'accident ?                     oui     non

Nom de la clinique : .....  
.....

En cas d'hospitalisation :    Date d'entrée : ...../...../.....    Date de sortie : ...../...../.....

Veuillez joindre le document « certificat médical à remplir par le médecin ».

## 6. Intervention d'organismes ou assureurs

Quelles sont les assurances et couvertures dont le défunt dispose ? Précisez cela dans le tableau ci-dessous ?

	Identité de l'organisme/assureur	Référence
Assureur accident de travail		
Assureur RC Auto		
Assureur frais médicaux		
Assureur hospitalisation		
Assureur individuelle accident		
Assureur revenus garantis		
Assureur dégâts matériels		
Assureur voyage		
Mutuelle		
CPAS		
Autres		

Mutualité (coller ici une vignette) :

Le défunt avait-il un assureur Responsabilité civile vie privée/familiale ?  oui  non

Le défunt avait-il 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 l'accident de votre proche.**

Les données à caractère personnel recueillies au moyen du présent document sont traitées par les assureurs destinataires de ce document, responsables de leurs traitements, en vue des finalités suivantes : la gestion des sinistres repris sous rubrique, en particulier la constatation et l'évaluation du dommage corporel encouru par le soussigné ou la personne qu'il représente ; la détection et la prévention de la fraude, le traitement à des fins statistiques.

A ces seules fins, les données 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 leurs représentants en Belgique, à leurs correspondants à l'étranger, à leurs réassureurs, à leurs bureaux de règlement de sinistres, à un expert, à un avocat, à un conseil

[Logo entreprise d'assurance]

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 les contrats d'assurance (Protection juridique (PJ), Responsabilité civile (RC) ou tout autre contrat) ainsi que par l'obligation qui découle du contrat RC pour l'assureur responsable du traitement d'indemniser, le cas échéant, les victimes de dommages corporels à la suite du ou des sinistres repris sous rubrique. Dans l'hypothèse où le présent questionnaire ne serait pas rempli de manière adéquate, l'assureur se trouverait dans l'impossibilité de donner une suite à la présente demande d'intervention. 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.

Les données traitées sont conservées par l'assureur responsable pendant la durée de la gestion du sinistre, qui sera adaptée chaque fois que les circonstances l'exigent. Cette durée sera prolongée par le délai de prescription afin que l'assureur puisse faire face aux éventuels recours qui seraient engagés après la clôture du dossier sinistre.

Les personnes concernées peuvent prendre connaissance des 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 destinataire du présent document. 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 de données ou demander la limitation de celui-ci. Elles peuvent aussi demander l'effacement ou la portabilité des données les concernant.

De plus amples informations et notamment les coordonnées du délégué à la protection des données peuvent être obtenues auprès de ce même assureur.

Une réclamation peut le cas échéant être introduite auprès de l'Autorité de Protection des données.

Dans le cadre de la procédure d'indemnisation, l'assureur a l'obligation de respecter « les règles de conduite pour règlement de sinistre : relations avec les victimes d'accidents graves » qui se trouvent sur le site web [www.assuralia.be](http://www.assuralia.be). Toute plainte relative à la bonne application par l'entreprise d'assurances de ce code de conduite est adressée par la victime au service des plaintes de l'entreprise concernée, conformément aux règles de conduite pour la gestion des réclamations dans les entreprises d'assurances (disponibles sur [www.assuralia.be](http://www.assuralia.be)). Si la réponse donnée par ce service n'est pas satisfaisante pour la victime, celle-ci peut introduire sa plainte auprès de l'Ombudsman des assurances via le site [www.ombudsman.as](http://www.ombudsman.as).

En cochant cette case, 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 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 un éventuel examen médical.

Ce consentement peut être retiré à tout moment. En cas de retrait du consentement, l'assureur se trouverait dans l'impossibilité de donner une suite à la présente demande d'intervention.

Lesdites données relatives à la santé sont traitées avec la plus grande discrétion et uniquement par les personnes habilitées à le faire.

DATE

SIGNATURE DU REPRESENTANT DE LA VICTIME

[Logo entreprise d'assurance]