

Compagnie & Numéro de police d'assurance : _____

VOTRE COURTIER : AGIMA

EMPLOYEUR

Numéro d'entreprise : Numéro ONSS :
 Nom et prénom ou raison commerciale :
 Rue/numéro/boite :
 Code postal : Commune :
 Activité de l'entreprise : Code NACE-Bel : - - - - -
 Numéro de téléphone de la personne de contact :
 Numéro de compte auprès d'un établissement financier :

VICTIME

N° NATIONAL :
 Nom : Prénom :
 Lieu de naissance : Date de naissance :/..../.....
 Sexe : masculin féminin Nationalité :
 Résidence principale –
 Rue/n°/boite :
 Code postal : Commune : Pays :
 Langue de correspondance avec la victime : français néerlandais allemand
 Mutuelle – Code ou nom:
 Rue/n°/boite :
 Code postal : Commune :
 Numéro d'affiliation :
 Numéro de compte auprès d'un établissement financier :
 Date d'entrée en service :
 Profession habituelle dans l'entreprise : Code CITP : - - -
 Lieu de travail normal – code postal : - - - - - commune : pays:.....
 Atelier, chantier, section, service, département ou division où la victime exerce habituellement sa profession:

ACCIDENT

Jour de l'accident : date : - - - - - 20.. heure : - - . min : - - .
 Date de notification à l'employeur : heure : - - . min : - - .
 Nature de l'accident : accident du travail accident sur le chemin du travail
 Horaire de travail de la victime le jour de l'accident :
 de - - h - - à - - h - - et de - - h - - à - - h - - .
 Lieu de l'accident – code postal : - - - - - commune : pays :
 Y-a-t-il des témoins de l'accident ? spécifier le nom et adresse.

 Précisez l'activité générale & spécifique (le type de travail) qu'effectuait la victime ou la tâche (au sens large) qu'elle accomplissait lorsque l'accident s'est produit

 Quelles sont les circonstances de l'accident ?

LÉSION

Où et Comment la victime a-t-elle été blessée (lésion physique ou psychique) ?

 Endroit de la lésion - gauche/droite
Merci de joindre le constat médical de 1^{ère} lésion

SOINS

Des soins médicaux ont-ils été dispensés à l'hôpital ? oui non réponse inconnue
 Si oui, date : - - - - - heure : - - min : - -
 dénomination de l'hôpital ⁽³⁾:

CONSÉQUENCES

Conséquences de l'accident : pas d'incapacité temporaire de travail, pas de prothèses à prévoir
 incapacité temporaire de travail
 incapacité permanente de travail à prévoir
 décès, date du décès : - - - - -
 Cessation de l'activité professionnelle – date : - - - - - heure : - - min : - -
 Durée probable de l'incapacité temporaire de travail : Jours **Merci de joindre le certificat médical**

INDEMNISATION

La victime est-elle affiliée à l'ONSS ? oui non

Si non, donnez-en le motif :

Code du travailleur de l'assurance sociale : ouvrier employé employé de maison apprenti sous contrat
 autre :

Type de contrat de travail : à temps plein à temps partiel

Nombre moyen d'heures par semaine en ce qui conc. la victime : heures et centièmes

Montant BRUT de base de la rémunération :

Déclarant (nom et qualité)

Date : - -

Date : - -

Signature :