



assurances depuis 1944  
par et pour le secteur de la santé

---

# Revenu Garanti Déclaration sinistre

AMMA ASSURANCES a.m.  
Association d'assurance mutuelle à cotisations fixes  
conformément à l'article 2, § 2 de la Loi du 25.06.1992 (M.B. 20.08.1992)

agrée sous le code 0126  
pour les branches accidents, maladie, auto, incendie, autres dommages, r.c. véhicules automoteurs et r.c. générale  
(A.R. des 04 et 13.07.1979 – M.B. 14.07.1979)

fondée le 20.12.1944  
statuts publiés au Moniteur Belge le 27.12.2011

[info@amma.be](mailto:info@amma.be)  
[www.amma.be](http://www.amma.be)

## 1. Préliminaires

### 1.1. Déclaration d'accident

Veillez compléter intégralement la déclaration. TOUTES LES QUESTIONS DOIVENT RECEVOIR UNE REPONSE CLAIRE ET COMPLETE. Si la place manque, servez-vous d'une feuille séparée.

### 1.2. Composition du dossier

Joignez à la déclaration tous les documents déjà en votre possession : mise en demeure, citation, notification, lettre de convocation, ...

### 1.3. Secret médical

Joignez à la déclaration tous les documents qui peuvent revêtir un intérêt quelconque (dossier médical, rapport d'opération, rapport d'anesthésie, protocoles, examen préalable) dans la décision.

En cas de problème, vous pouvez envoyer le dossier : A L'ATTENTION DU MEDECIN-CONSEIL - SECRET MEDICAL, AMMA ASSURANCES, AVENUE DES ARTS 39 BTE 1, 1040 BRUXELLES.

### 1.4. Correspondance

Veillez nous transmettre immédiatement et sans y répondre vous-même toute correspondance que vous recevriez en relation avec cette déclaration d'accident.

### 1.5. Déclarations

Veillez nous demander notre accord préalable avant de faire des déclarations orales ou écrites dans le cadre de cette déclaration d'accident.

### 1.6. Protection de la vie privée

La Loi du 08.12.1992 nous oblige à communiquer ce qui suit aux personnes à propos desquelles des données sont rassemblées pour être traitées :

- Les données rassemblées peuvent être enregistrées dans les fichiers suivants: répertoire général, relations commerciales, gestion des contrats, gestion et liquidation des sinistres, statistiques.
- Toute personne apportant la preuve de son identité a le droit, moyennant paiement préalable de la somme fixée par l'AR du 07.09.1993, de consulter ses données, de faire corriger les données incorrectes ou de faire supprimer certaines informations. Pour exercer ce droit, la personne en question doit envoyer une demande datée et signée au service 'Fichiers' de AMMA Assurances, le détenteur des fichiers.

Il est également possible de consulter le registre de l'instance officielle suivant le règlement fixé.

Il est indispensable que chaque question fasse l'objet d'une réponse objective et sincère et que cette déclaration soit transmise à AMMA Assurances dans les 48 heures.



assurances depuis 1944  
par et pour le secteur de la santé

## 2. Preneur d'assurance

Pour les entreprises et associations, indiquer clairement la dénomination, la nature et la personne de contact.

Numéro de contrat			
Numéro de sociétaire			
Nom, prénom			
Langue			
Nationalité			
Numéro National/d'Entreprise			
Date de naissance			
Etat civil			
Profession			
Rue, numéro et boîte			
Code postal, localité			
Téléphone privé		Téléphone prof. 1	
Téléphone prof. 2		GSM	
Fax		E-mail	

## 3. Assuré

A compléter seulement si différent du preneur d'assurance.

Nom, prénom			
Langue			
Nationalité			
Numéro National/d'Entreprise			
Date de naissance			
Etat civil			
Profession			
Rue, numéro et boîte			
Code postal, localité			
Téléphone privé		Téléphone prof. 1	
Téléphone prof. 2		GSM	
Fax		E-mail	

## 4. Victime

Nom, prénom			
Langue			
Nationalité			
Date de naissance			
Etat civil			
Profession			
Rue, numéro et boîte			
Code postal, localité			
Téléphone privé		Téléphone prof. 1	
Téléphone prof. 2		GSM	
Fax		E-mail	



assurances depuis 1944  
par et pour le secteur de la santé

1.	De quelle maladie souffrez-vous ? Si accident, décrivez vos lésions.		
2.	Début de l'affection responsable de l'incapacité : S'agit-il d'une première manifestation ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
3.	Quel était votre état de santé antérieur ? Y a-t-il des antécédents analogues ? Y a-t-il eu hospitalisation ? <input type="checkbox"/> oui Y a-t-il eu arrêt de travail ? <input type="checkbox"/> oui Durée :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> non
4.	A quelle date avez-vous fait appel au médecin ? Nom et adresse de ce médecin :		
	Est-ce votre médecin habituel ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
5.	Avez-vous dû cesser totalement vos occupations ? <input type="checkbox"/> totalement <input type="checkbox"/> partiellement	<input type="checkbox"/> oui depuis	<input type="checkbox"/> non
	Avez-vous été hospitalisé ?	% depuis <input type="checkbox"/> oui depuis	<input type="checkbox"/> non
6.	Date probable de reprise de vos occupations : <input type="checkbox"/> partiellement <input type="checkbox"/> totalement	% à partir du à partir du	
7.	Numéro de compte financier du bénéficiaire :		
8.	Nom et adresse du bénéficiaire :		



assurances depuis 1944  
par et pour le secteur de la santé

---

Je soussigné déclare que les réponses qui précèdent, même si elles ne sont pas écrites de ma main, sont en tous points sincères et véritables et faites conformément à mes obligations contractuelles.

Prière de faire précéder chaque signature des mots manuscrits « lu et approuvé ».

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature du preneur d'assurance.

Signature de l'assuré.

Document à retourner à l'adresse suivante :  
AMMA ASSURANCES  
A L'ATTENTION DU MEDECIN CONSEIL  
Avenue des Arts 39 Bte 1 à 1040 BRUXELLES

**Remarque importante :**

La présente déclaration, accompagnée d'un certificat médical, doit être transmise à AMMA ASSURANCES dans les 48 heures.



assurances depuis 1944  
par et pour le secteur de la santé

---

### CERTIFICAT DE CONSTATATION

Je soussigné, \_\_\_\_\_ docteur en médecine déclare avoir  
examiné le \_\_\_\_\_, le nommé \_\_\_\_\_  
qui (d'après ses déclarations) est atteint de la maladie ou présente les lésions suivantes :

depuis le : \_\_\_\_\_  
Celles-ci entraînent une incapacité totale de \_\_\_\_\_ jours; et/ou une incapacité partielle de \_\_\_\_\_ jours sur base de \_\_\_\_\_ %.

#### Conséquences probables

Où est soigné le nommé ? \_\_\_\_\_

Le traitement institué est le suivant : \_\_\_\_\_

Etat antérieur qui pourrait aggraver les conséquences de la maladie actuelle ou lésions : \_\_\_\_\_

Observations : \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature du médecin.



assurances depuis 1944  
par et pour le secteur de la santé

---

### CERTIFICAT DE REPRISE DE TRAVAIL

Je soussigné, docteur en médecine déclare que  
le nommé est guéri de sa maladie ou de ses  
lésions et est en état de reprendre ses occupations à partir du

L'incapacité a été totale du au inclus; partielle à % du  
au

Si l'incapacité prévue au certificat de constatation a été dépassée, quelle en est la cause :

Ce sinistre n'a pas/a causé une incapacité permanente.

Fait à , le

Signature du médecin.

\* \* \*