



DG VII Sécurité sociale d'outre-mer – Service prestations périodiques

Correspondant : Vincent De Ruyter Téléphone : 02/509 20 70 email : prestationsperiodiques-om@onssrsziss.fgov.be

A1- DECLARATION D'ACCIDENT

A adresser, dûment complété et signé à l'Office

1. Nom et siège de l'entreprise	
2. Siège administratif en Belgique	
3. Nom, prénom et fonction du déclarant	
4. Nom, prénom et adresse de la victime	N° d'affiliation :
5. Lieu et date de naissance de la victime	
6. Profession de la victime	
7. Jour, date et heure de l'accident	
8. Lieu de l'accident	
9. Description de l'accident : circonstances, travail à exécuter, causes matérielles.....	
10. Nom et adresse des éventuels témoins	
11. Nom et adresse de l'éventuel tiers responsable et de la compagnie d'assurance (numéro de police)	

J'affirme sur l'honneur que la présente déclaration est sincère et complète.

✍ Fait à....., le

(signature)

En cas de décès, joindre au formulaire A1 les nom, prénom, adresse et lien de parenté avec la victime des ayants droit.

Vos données sont traitées dans le respect de la loi sur la protection de la vie privée (Loi du 08/12/1992). Vous pouvez consulter et rectifier vos données à tout moment. Celles-ci sont uniquement utilisées pour traiter votre demande.