



**Fonds des
Accidents du Travail**
Etablissement public
contrôlé par le
Ministre des Affaires sociales

Rue du Trône 100

1050 Bruxelles

18-02-1997

CIRCULAIRE N° 97/4

concerne **Formulaire type de procuration donnée aux mandataires d'assurés sociaux ne disposant pas d'un mandat général ou d'une procuration implicite.**

Par circulaire n° 96/2 du 25 janvier 1996, les assureurs agréés ont été informés de l'avis n° 95/58 du 24 octobre 1995 aux termes duquel le comité de surveillance près la Banque-carrefour de la sécurité sociale a arrêté les critères régissant la communication hors du réseau des données sociales à caractère personnel par les organismes de sécurité sociale à des personnes ou à des associations agissant en qualité de mandataires des assurés sociaux.

En accord avec les organismes de sécurité sociale, la Banque-carrefour a élaboré un formulaire type de procuration écrite répondant aux conditions posées dans l'autorisation du 24 octobre 1995 du comité de surveillance. Ce formulaire a été modulé en fonction du secteur des accidents du travail pour devenir le modèle de procuration ci-joint que le comité de gestion du Fonds des accidents du travail a approuvé en séance du 15 juillet 1996.

Dès lors, les assureurs sont invités à s'inspirer de ce modèle dans leurs relations avec les mandataires d'assurés sociaux qui souhaitent obtenir des données à caractère personnel et qui ne disposent pas d'une procuration implicite à cet effet.

L'administrateur général,

M. DEPOORTERE

MANDAT

visant à obtenir des données sociales à caractère personnel

(auprès assureur "accidents du travail" au Fonds des accidents du travail)

Je soussigné(e),-(marquer d'une croix ce qui convient) (1)

☐ Personne à laquelle les données sociales à caractère personnel se rapportent

nom:

prénoms:

adresse:

lieu et date de naissance:

(si connu) numéro de dossier auprès (assureur "accidents du travail" ou Fonds des accidents du travail):

☐ Représentant légal de la personne à laquelle les données sociales à caractère personnel se rapportent

nom:

prénoms:

adresse:

lieu et date de naissance:

qualité (par exemple, parent, tuteur, etc.):

donne mandat à (marquer d'une croix ce qui convient)(2)

☐ une personne physique

nom:

prénoms:

adresse:

☐ une personne morale ou à une association de fait

nom de la personne morale ou de l'association de fait:

siège social:

représentant de la personne morale ou de l'association de fait:

nom:

prénom:

qualité:

pour obtenir communication des données de dossier auprès de (assureur "accidents du travail" ou Fonds des accidents du travail)

(1) Si le mandat est donné par le représentant légal de la personne à laquelle les données se rapportent, il y a lieu de remplir la partie "Personne à laquelle les données sociales se rapportent" ainsi que la partie "Représentant légal de la personne à laquelle les données se rapportent".

(2) Seule la partie marquée d'une croix doit être remplie.

Le mandat porte sur les données suivantes (marquer d'une croix ce qui convient)

☐ des données médicales à caractère personnel (pouvant uniquement être communiquées à un médecin)

☐ l'ensemble des données pertinentes pour le traitement du dossier d'accident du travail, à l'exception des données médicales à caractère personnel

☐ uniquement les données ci-après (préciser les données et la finalité de la demande).....

.....

Le présent mandat est valable (marquer d'une croix ce qui convient):

☐ pour la durée de traitement du dossier

☐ pour une durée déterminée (jour, mois, année) du
au (jour, mois, année)

☐ pour une durée indéterminée

Le commettant peut à tout moment mettre fin au mandat. A cette fin, il doit envoyer une lettre datée et signée à (assureur "accidents du travail" ou Fonds des accidents du travail)

Fait à en date du

Signature du commettant: