

déclaration d'accident

ASSURANCE ACCIDENTS CORPORELS

Dossier n° _____

À retourner à : Ethias, rue des Croisiers 24, B-4000 Liège

1 IDENTITÉ DU PRENEUR D'ASSURANCE (fédération, ligue, etc.)

N° du contrat **45 039 096**

N° téléphone **02/242 02 64**

Références _____

Dénomination précise du club **Volley Club Profondeville (n° matricule NAMUR 1891)**

Activité pratiquée **Volley-ball**

Nom du responsable du club **DEWILDE Bernard, Secrétaire**

Adresse **Rue de la première Armée américaine**

N° **43**

Bte

Code postal **5100**

Localité **WEPION**

2 IDENTITÉ DE LA VICTIME (en caractères d'imprimerie, s.v.p.)

Nom _____ Prénom _____
M. - Mme - Mlle (biffer les mentions inutiles) - femme mariée ou veuve : nom de jeune fille

Date de naissance _____ - _____ - _____ N° registre national _____ - _____ - _____

Adresse _____ N° _____ Bte _____
rue - avenue - boulevard - quai - place - chaussée (biffer les mentions inutiles)

Code postal _____ Localité _____ Pays _____

Numéro de compte _____ - _____ - _____

3 IDENTITÉ DU REPRÉSENTANT LÉGAL (parent, tuteur, ...)

Nom _____ Prénom _____
M. - Mme - Mlle (biffer les mentions inutiles) - femme mariée ou veuve : nom de jeune fille

Numéro de compte _____ - _____ - _____

Profession :

4 OCCUPATION DE LA VICTIME AU MOMENT DE L'ACCIDENT

Joueur Arbitre Délégué Officiel Spectateur Autres :

5 DATE ET LIEU DE L'ACCIDENT

Date de l'accident _____ - _____ - _____ jour _____ heure _____ h _____

Pendant l'activité du club précité

Sur le chemin de l'activité

Endroit précis :

déplacement individuel

déplacement collectif

.....

Endroit précis :

.....

Moyen de locomotion utilisé :

6 DESCRIPTION DE L'ACCIDENT (causes, circonstances, conséquences et/ou dommages occasionnés)

.....
.....
.....
.....

(en cas d'accident de roulage, veuillez également compléter le cadre 7)

[B] avis aux victimes d'un accident ou à leurs parents

- 1) Vous avez été victime d'un accident sportif pour lequel Ethias est l'assureur.
- 2) Le contrat d'assurance prévoit le remboursement du coût des soins, par référence au tarif I.N.A.M.I., pour la part excédant les prestations de la mutualité. Sauf exception, seules les prestations reprises au tarif de l'assurance maladie invalidité peuvent faire l'objet d'un remboursement.
- 3) En application des dispositions légales, les médecins et cliniques doivent réclamer le paiement de leurs prestations courantes directement au patient et délivrer les attestations de soins donnés, destinées à la mutualité.
- 4) Sur présentation des notes justificatives et des décomptes de la mutualité, Ethias rembourse, selon le mode de paiement souhaité (n° de compte), le montant de son intervention.
- 5) La victime a la liberté du choix du médecin (ou clinique) quel que soit le médecin qui est intervenu pour les premiers soins.

IMPORTANT

Nous vous remercions de bien vouloir compléter le cadre ci-dessous ou d'y apposer une vignette de la mutualité et de signer la demande d'autorisation relative aux données médicales.

Nom et prénom du titulaire _____
Organisme assureur _____
N° d'inscription _____

Attention : la loi du 9 août 1963 fait une obligation à tous d'être affiliés à une mutualité. Si ce n'est pas votre cas, nous vous prions de nous faire connaître ci-après les raisons précises

.....
.....
.....

Ethias rassemble des données à caractère personnel vous concernant pour les finalités suivantes : évaluation des risques, gestion des contrats et des sinistres et toutes opérations de promotion de ses services et de fidélisation. Ces données peuvent être communiquées aux entreprises faisant partie du groupe Ethias à des fins de promotion commerciale.

Vous pouvez avoir accès aux données vous concernant, en obtenir la rectification éventuelle et vous opposer gratuitement à leur utilisation à des fins de promotion commerciale. Vous opposez-vous à cette utilisation ?

Les données relatives à la santé sont utilisées pour l'acceptation des risques souscrits à Ethias, pour déterminer l'étendue des garanties du contrat et pour la gestion du contrat et des sinistres. Les destinataires de ces données sont les personnes chargées, au sein d'Ethias, de ces missions.

Vous pouvez, à tout moment, retirer votre accord pour que ces données soient traitées par les personnes susmentionnées.

Toute plainte relative au contrat d'assurance peut être adressée à :

- Ethias - Service 1100 - rue des Croisiers 24 - 4000 Liège - fax 04 220 32 50 - plaintes.col@ethias.be
- Ombudsman des assurances - square de Meeûs 35 - B-1000 Bruxelles - fax 02 547 59 75 - info@ombudsman.as
- Commission bancaire, financière et des assurances
rue du Congrès 10-16 - B-1000 Bruxelles - fax 02 220 58 17

L'introduction d'une plainte ne porte pas préjudice à la possibilité pour le candidat preneur d'assurance d'intenter une action en justice. La loi belge est applicable au contrat d'assurance.

J'autorise Ethias à traiter les données relatives à la santé me concernant.

Fait à

le

Signature,

1) Nom, prénom et _____
(en caractères d'imprimerie s.v.p.)
adresse du médecin traitant _____

2) Nom, prénom et _____
adresse de la victime _____

3) Date de l'accident _____ - _____ - _____

4) Date et heure du premier examen médical _____ - _____ - _____ heure _____ h _____

5) Lésions _____
(indiquer la nature des blessures, les parties du corps atteintes)

6) Où la victime est-elle soignée ? _____

7) La victime peut-elle se déplacer ? oui non

8) Durée probable du traitement : _____

9) Conséquences probables de l'accident _____
Incapacité temporaire totale de travail jours, soit du _____ - _____ au _____ - _____ - _____
Incapacité temporaire partielle de travail jours, soit du _____ - _____ au _____ - _____ - _____ à %
Prévoyez-vous une guérison complète ? oui non

10) Estimez-vous que la lésion constatée peut avoir eu pour cause l'accident relaté à la rubrique 6 ? oui non

11) Y a-t-il concours d'un état antérieur (infirmités, maux ou maladies) ? oui non Si oui, lequel ? _____

12) a. Une intervention chirurgicale a-t-elle été pratiquée ? oui non Si oui, laquelle ? _____
Dans quel établissement et par quel chirurgien ? _____

b. Une radiographie de diagnostic et/ou de contrôle a-t-elle été faite ? oui non Par quel radiologue ? _____

c. Désirez-vous l'intervention d'un spécialiste ? oui non

13) Observations : _____

Fait à _____ le _____
Signature,