déclaration d'accident
ASSOCIATION INTERPROVINCIALE FRANCOPHONE DE VOLLEY

ethias ASSURANCE

À retourner à : Association Interprovinciale Francophone de Volley,
~~**Bd Lambermont 278 à 1030 BRUXELLES**~~
Rue de Namur, 84 - 5000 BEEZ

N° DE CONTRAT : 4 5 0 3 9 0 9 6

[A] à compléter par le déclarant

1 DÉNOMINATION PRÉCISE DU CLUB OÙ LA VICTIME EST AFFILIÉE

Nom du club : A V B S O I G N I E S matricule HT1480

Nom du responsable : VAN den DOOREN Raphaël
M. - Mme - Mlle (biffer les mentions inutiles). Femme mariée ou veuve : nom de jeune fille

Adresse : rue de Neufvilles N° : 4 2 7 Bte :
rue - avenue - boulevard - quai - place - chaussée (biffer les mentions inutiles)

Code postal : 7 0 6 3 Localité : N E U F V I L L E S

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

N° affiliation :

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

Date de naissance : - - N° de 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

Endroit précis (nom du club où l'accident a eu lieu) : .....

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

7 COMPLÉTER CETTE CASE SI UNE AUTRE PARTIE EST IMPLIQUÉE DANS L'ACCIDENT

- S'agit-il d'un tiers assuré ? ◯ Oui ◯ Non
- S'agit-il d'un tiers étranger ? ◯ Oui ◯ Non
- Coordonnées du tiers

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

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

Code postal : ..... Localité : ..... Pays : .....

Compagnie d'assurance : ..... N° de police : .....

- Y a-t-il un autre tiers impliqué dans l'accident ? ◯ Oui ◯ Non
- L'accident est-il dû à une défectuosité des installations ? ◯ Oui ◯ Non

Si oui, à préciser : .....

- Y a-t-il eu constat par une autorité verbalisante ? ◯ Oui ◯ Non

Si oui, laquelle ? .....

8 TÉMOIGNAGES

A. Nom et adresse du témoin de l'accident :

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

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

Code postal : ..... Localité : ..... Pays : .....

B. Si l'accident n'a pas eu de témoin, nom et adresse du témoin de l'état du blessé et de ses plaintes immédiatemment après l'accident :

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

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

Code postal : ..... Localité : ..... Pays : .....

S'il y a d'autres témoins (A ou B) vous pouvez nous communiquer leurs coordonnées sur document séparé.

C. À défaut de témoin A. et B., quand et par qui avez-vous eu connaissance de l'accident ? .....

.....

9 SURVEILLANCE

- Était-elle exercée par un délégué de la fédération sportive organisatrice ou du club assuré ? ◯ Oui ◯ Non

Si oui, par qui ?

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : ..... N° : ..... Bte : .....

Code postal : ..... Localité : ..... Pays : .....

Fait à le

Signature de la victime ou de ses parents,

[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 SA « Service 1000 » - Rue des Croisiers 24 - 4000 LIÈGE**
  Fax 04 220 39 65 - gestion-des-plaintes@ethias.be
- **Service Ombudsman Assurances - Square de Meeûs 35 - B-1000 Bruxelles**
  Fax 02 547 59 75 - info@ombudsman.as

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 ou concernant mon enfant.

Fait à le

Signature,

[C] certificat médical

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

Adresse du médecin traitant :

2) Nom et prénom de la victime :

Adresse de la victime :

3) Date de l'accident : - -

4) Date et heure du premier examen médical : - - 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,