

déclaration d'accident
ASSURANCE ACCIDENTS CORPORELS



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

DOSSIER N° :

[A] à compléter par le déclarant

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

A.V.B.S

N° de contrat : *4.5.3.0.2.02.0* Numéro de téléphone : *0 4 7 1 7 6 2 7 0 8*

Références : _____

Dénomination précise du club : *A.M.I.C.A.L.E. VOLLEY. B.A.Z.L. SOIGNIES*

Activité pratiquée : *VOLLEY-BALL*

Nom du responsable du club : *V.A.N.D.E.N.D.O.O.R.E.N. R.A.P.H.A.E.L.*

Adresse : *R.U.E. D'E.N.E.U.F.V.I.L.L.E.S.* N° : *427* Bte : _____
rue - avenue - boulevard - quai - place - chaussée (biffer les mentions inutiles)

Code postal : *7.0.6.3* Localité : *NEUVILLE*

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

Nom : _____ Prénom : _____

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 : _____

Occupation de la victime au moment de l'accident

Joueur Arbitre Délégué Officiel Spectateur Autres : _____

Identité du représentant légal (parent, tuteur,...)

Nom : _____ Prénom : _____

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

Code postal : _____ Localité : _____ Pays : _____

Numéro de compte : _____

Profession : _____

3 DATE ET LIEU DE L'ACCIDENT

Date de l'accident : _____ Jour : _____ Heure : _____

Pendant l'activité du club précité
Endroit précis : _____

Sur le chemin de l'activité
 Déplacement individuel Déplacement collectif
Endroit précis : _____

Moyen de locomotion utilisé : _____

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

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

- Oui Non
- Oui Non
- Coordonnées du tiers**

Nom : _____ M. - Mme - Mlle (biffer les mentions inutiles). Femme mariée ou veuve : nom de jeune fille _____
 Adresse : _____ rue - avenue - boulevard - quai - place - chaussée (biffer les mentions inutiles)
 Code postal : _____ Localité : _____ N° : _____ Bte : _____ Pays : _____

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

- Oui Non
- Oui Non
- Si oui, à préciser :** _____
- Oui Non
- Si oui, laquelle ?** _____

6 TÉMOIGNAGES

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

Nom : _____ M. - Mme - Mlle (biffer les mentions inutiles). Femme mariée ou veuve : nom de jeune fille _____
 Adresse : _____ rue - avenue - boulevard - quai - place - chaussée (biffer les mentions inutiles)
 Code postal : _____ Localité : _____ N° : _____ Bte : _____ 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 immédiatement après l'accident :

Nom : _____ M. - Mme - Mlle (biffer les mentions inutiles). Femme mariée ou veuve : nom de jeune fille _____
 Adresse : _____ rue - avenue - boulevard - quai - place - chaussée (biffer les mentions inutiles)
 Code postal : _____ Localité : _____ N° : _____ Bte : _____ 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 ?

7 SURVEILLANCE

- Oui Non

Si oui, par qui ?

Nom : _____ Prénom : _____
 Adresse : _____ N° : _____ Bte : _____
 Code postal : _____ Localité : _____ Pays : _____

Fait à

le

Signature du responsable du Club.

[8] 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 l'édification. 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 soumis 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 Croisières 24 - B-4000 Liège
Fax 04 220 32 50 - plaintes.ca@ethias.be
- Service Ombudsman Assurances - Square de Meeûs 35 - B-1000 Bruxelles
Fax 02 547 59 75 - info@ombudsman.be

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 à la santé me concernant.

Fait à

le

Signature

[C] certificat médical

1) Nom et prénom du médecin :	(en caractères d'imprimerie s.v.p.)	
Adresse du médecin :		
2) Nom et prénom de la victime :		
Adresse de la victime :		
3) Date de l'accident :		
4) Date et heure du premier examen médical :		
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 ?	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> 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
Prévoyez-vous une guérison complète ?	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> Non
10) Estimez-vous que la lésion constatée peut avoir eu pour cause l'accident relaté à la rubrique 4 ?	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> Non
11) Y a-t-il concours d'un état antérieur (infirmités, maux ou maladies) ?	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> Non
Si oui, lequel ?		
12) A. Une intervention chirurgicale a-t-elle été pratiquée ?	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> 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 ?	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> Non
Par quel radiologue ?		
C. Désirez-vous l'intervention d'un spécialiste ?	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> Non
13) Observations :		

Fait à

le

Signature,