

## **MARCHE À SUIVRE POUR UNE DÉCLARATION D'ACCIDENT**

1 – Compléter correctement et COMPLETEMENT toutes les pages.

La page « certificat médical » est à remplir par le médecin

Coller une vignette de mutuelle

2 - Me renvoyer toutes les pages

- Par mail, chaque page séparément : michelle.francois@skynet.be
- Ou dans une enveloppe au bar du club

Gardez une copie, vous recevrez un n° de dossier par mail

3 - Comme spécifié sur celui-ci, vous devez

- Payer tous les frais
- Vous faire rembourser une partie par la mutuelle.
- Gardez tous les documents et souches de mutuelle, kiné, pharmacien
- Faites une copie de tous les documents
- Après la guérison, envoyez tous ces documents à l'assurance pour qu'ils vous soient remboursés, en indiquant bien votre
  - NOM
  - N° de dossier
  - N°de compte.
- Ethias : rue des Croisiers 24 4000 Liège
- L'assurance rembourse la différence que la mutuelle n'a pas pris en charge.

# Déclaration d'accident

à remplir soigneusement en imprimé, à renvoyer par mail  
(michelle.francois@skynet.be) ou à déposer au bar

CLUB / INSTITUTION ASSURÉ	
Nom	T.C. HAVRE
Adresse	rue du moulin d'havré 40 7021 havré
N° de police	45236897 SC - Assurance sportive
LA VICTIME	
Raison sociale *	M. Mme. Melle.
N° d'affiliation	
Nom *	
Prénom *	
Profession	
Langue *	
Adresse *	
	code postal localité
Date de naissance	
Numéro du Registre national	
Adresse e-mail	
N° de compte IBAN :	
Si la victime est mineure...	
Raison sociale *	M. Mme. Melle.
Nom (père, mère, tuteur) *	
Prénom *	
Langue	
Adresse	rue
	code postal localité
INFOS	
Profession	
Adresse e-mail	
Numéro iban du compte et nom du compte	
Numéro bic	
OCCUPATION	
Occupation de la victime au moment de l'accident *	
Joueur	Arbitre
Délégué	Officiel
Spectateur	Autre
L'ACCIDENT	
DATE ET HEURE	
A quel endroit est-il survenu ? * Tennis club Havré	
Pendant l'activité	TENNIS
Description détaillée de l'accident (causes, circonstances, conséquences et/ou dommages occasionnés) *	



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 : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ 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,