

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 :	
TELEPHONE	Fixe: Portable:
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) *	
TIERS	
Tiers assuré	
Tiers étranger	
Est-il connu ?	Oui Non
Raison sociale	M. Mme. Melle.
Nom	
Prénom	
Langue	
Nom père, mère, tuteur si mineur	
Adresse	Rue
	code postal localité
Téléphone	
Fonction	
Date de naissance	
Adresse e-mail	
INSTALLATIONS	
L'accident est-il dû à une défectuosité des installations ?	Oui Non
Si oui, veuillez préciser...	
TÉMOINS	
1. Témoin	
Raison sociale *	M. Mme. Melle.
Nom *	
Prénom *	
Langue *	
Adresse	rue
	code postal localité
Fonction	
Adresse e-mail	

CONSTAT

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

Oui Non Inconnu

Si oui, par qui ?

Numéro du procès verbal

Date du procès verbal

**RENSEIGNEMENTS
COMPLÉMENTAIRES**

La victime est-elle en incapacité ?

Oui Non Inconnu

La victime est-elle en possession d'un certificat
complété par le médecin ? *

Oui Non

Nature de la lésion *

Siège de la lésion *

[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 81 - gestion-des-plaintes@ethias.be
- Service Ombudsman Assurances - Square de Meeûs 35 - 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, _____

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,