ethias ASSURANCE

Société mutuelle des administrations publiques
Associations d'assurances mutuelles
Agréées sous le n°0165,0660,0661,0682
(A.R. des 4 et 13 juillet 1979. MB du 14 juillet 1979)

Déclaration d' accident

A. A COMPLETER PAR LE DECLARANT

I. IDENTITE DU PRENEUR D'ASSURANCE : **L F B S E L**
(Fédéraion, ligue,etc…)
N°du contrat : 45,046,580 N°téléphone : 084/22.34.21 N°Réf

Dénomination précise du club

Activité pratiquée :

Nom du responsable du club :

Adresse : N°
Rue, avenue, boulevard, quai, place, chaussée (bifer les mentions inutiles)

Code postal: Localité:

II. IDENTITE DE LA VICTIME (en caratctère d'imprimerie s.v.p)
Nom et prénom :

Adresse
Rue, avenue, boulevard, quai, place, chaussée (bifer les mentions inutiles)
Code postal: Localité Pays

N°de compte : Né

III. IDENTITE DU REPRESENTANT LEGAL (parent, tuteur,…)

Nom et prénom :……..

Profession: …… N°de compte

IV. OCCUPATION DE LA VICTIME AU MOMENT DE L'ACCIDENT

☐ joueur ☐ arbitre ☐ délégué ☐ officiel ☐ spectateur ☐ autres

V. Date de l'accident: Jour:…….. heure

VI. LIEU DE L'ACCIDENT:
PENDANT L'ACTIVITE DU CLUB PRECITE
Endroit précis : ……..

SUR LE CHEMIN DE L'ACTIVITE
☐ déplacement individuel ☐ déplacement collectif

Endroit précis ……..

Moyen de locomotion utilisé ……

VII. DESCRIPTION DE L'ACCIDENT (causes, circonstances, conséquences et/ou dommages occasionnés) :……
……
……
……
……
……
……
……

En cas d'acciden de roulage, veuillez également completer le cadre VIII).

VIII.(à completeer en cas d'accident de roulage o de dommages matériels)

IX.SI UN TIERS ETRANGER EST IMPLIQUE DANS L'ACCIDENT, COMPLETER CETTE CASE

Nom et prénom

Adresses N°

Rue, avenue, boulevard, quai, place, chaussée (bifer les mentions inutiles)

Code postal Localité Pays

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

X. TEMOIGNAGES

a) Noms et adresse des témoins de l'accident: …….
…….
……..
…….

b) S accident n'a pas eu de témoin, nom et adresse des témoins de l'état du blessé et de ses plaintes immédiatement après l'accident : ……..
……;

c) A défaut de témoin a) et b), quand et par qui avez-vous eu connaissance de l'accident?.....
…….

XI. SURVEILLANCE

Etait_elle exercée par un délégué de la Fédération sportive organisatrice ou du club assuré? oui non

Si oui, par qui? …….

XII. L'accident est-il dû à une faute d'un assuré oui non

Si oui, identité complète de celui-ci:

Nom et prénom

Date de naissance

Adresses N°

Rue, avenue, boulevard, quai, place, chaussée (bifer les mentions inutiles)

Code postal Localité Pays

XIII. L'accident est-il dû à une défectuosité des installations? oui non

Si oui, à préciser : …….
…….

XIV. YAT-IL EU CONSTAT PAR UNE AUTORITE VERBALISANTE? Si oui, laquelle?.....

X. La victime est-elle en incapacité? oui non

Si oui, à parir de quelle date :

Fait à …… le…… signature du responsable du club

B. AVIS AUX VICTIMES D'UN ACCIDENT OU A SES 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 excédent 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 données, 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 relatives aux données médicales.

Nom et prénom du titulaire: ……..
……

Organisme assureur: ……

Numéro d'inscription: | | | | | | | | | | | | | |

Attention: la loi du 09 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 les données à caractère personnel vous concernant pour lesz finalités suivantes : évaluation des risques, gestion des contrats et des sinistres et toutes opérations de promotion de ses serevices et de fidélisatrion.

Vous pouvez avoir accès aux données vous concernant et enobtenir la rectification éventuelle conformément à la loi du 08 décembre 1992 et à ses arrêtés d'application. Vous opposez-vous à l'utilisation de ces données par Ethias à des fins de marketing direct ? ……

Les données relatives à la santé sont utilisées pour l'acceptation des risques souscrits auprès d' 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.

En cas de conclusion d'un contrat, vous donnez votrez consentement à la communication éventuelle des données à caractère personnel par Ethias au G.I.E. Datassur, dans le cadre de la gestion des contrats et des sinistres. (Datassur, service "fichiers" square de Méeus 29 1000 Bruxelles).

Toute plainte relative au contrat d'assurance peut être adressée à l' Office de contrôle des assurances (avenue de Cortenberegh 61 à 1000 Bruxelles - Tél. 02/737.07.11). L'introduction d'une plainte ne porte pas préjudice à la possibilité du proposant 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.

Signature: ……

Cette déclaration d'accident est à envoyer à la LFBSEL - Service Accident- Rue du Charon -5580 Villers S/Lesse via l'intermédiaire du secrétariat de votre section sportive.

C. CERTIFICAT MEDICAL

1.	Nom et prénom (en caractère d'imprimerie svp) et 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	……
5.	Lésions (indiquer la natue des lésions, les parties du corp atteintes	…….. …….. …… ……
6.	Où la victime est-elle soignée?	……
7.	La victime peut-ellese déplacer?	……
8.	Durée probable du traitement	……
9.	Conséquences preobables de l'accident * Incapacite temporaire totale de travail * Incapacité temporire partielle de treavail Prévoyer-vous une guérison complète?	 ….. jours, soit du…….. Au …… ….. jours, soit du …… Au …… À …….. % ……
10.	Estimez-vous que la lésion constatée peut avoir eu pour cause l'accident relaté à la rubrique VII ?	…… ……
11.	Y'a-t-il concours d'un étét antérieur (infirmités, maux, ou maladies ? Si oui lequel ?	…… …… ……
12.	a) Une Intervention chirurgicale a-t-elle été pratiquée ? Si oui laquelle? Dans quelle établisseent et par quezl chirurgien? b) Une radiogfaphie de diagnostic et/ou contrôle a-t-elle été faite? Par quel radiologue ? c) Désirez-vous l'intervention d'un spécialiste ?	…… …… …… …… …… ……
13.	Observations : …… …… ……	

Fait à …… le ……

Signature.