

Déclaration d' accident

A. A COMPLETER PAR LE DECLARANT

I. IDENTITE DU PRENEUR D'ASSURANCE : L F B S E L asbl (Fédération, ligue, etc...)			
N° du contrat :	45.046.580	N° téléphone :	0474 / 99.21.61 N° Réf <input type="text"/>
Dénomination précise du club	<input type="text"/>		
Activité pratiquée :	<input type="text"/>		
Nom du responsable du club :	<input type="text"/>		
Adresse :	<input type="text"/>	N°	<input type="text"/>
Rue, avenue, boulevard, quai, place, chaussée (bifer les mentions inutiles)			
Code postal:	<input type="text"/>	Localité:	<input type="text"/>
II. IDENTITE DE LA VICTIME (en caractère d'imprimerie s.v.p)			
Nom et prénom : <input type="text"/>			
Adresse <input type="text"/>			
Rue, avenue, boulevard, quai, place, chaussée (bifer les mentions inutiles)			
Code postal:	<input type="text"/>	Localité	<input type="text"/> Pays <input type="text"/>
N° de compte :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Né <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
III. IDENTITE DU REPRESENTANT LEGAL (parent, tuteur,...)			
Nom et prénom :			
Profession: N° de compte <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
IV OCCUPATION DE LA VICTIME AU MOMENT DE L'ACCIDENT			
<input type="checkbox"/>	joueur	<input type="checkbox"/>	arbitre
<input type="checkbox"/>	délégué	<input type="checkbox"/>	officiel
<input type="checkbox"/>	spectateur	<input type="checkbox"/>	autres
V. Date de l'accident: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jour:..... heure <input type="text"/> <input type="text"/>			
VI. LIEU DE L'ACCIDENT: PENDANT L'ACTIVITE DU CLUB PRECITE Endroit précis :			
SUR LE CHEMIN DE L'ACTIVITE <input type="checkbox"/> déplacement individuel <input type="checkbox"/> 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 compléter le cadre VIII).			

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 courante 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 les finalités suivantes : évaluation des risques, gestion des contrats et des sinistres et toutes opérations de promotion de ses services et de fidélisation.

Vous pouvez avoir accès aux données vous concernant et obtenir 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 votre 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 Cortenbergh 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 Piroy 15 à 5020 -MALONNE 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 nature des lésions, les parties du corps atteintes)	..... ..... ..... .....
6.	Où la victime est-elle soignée?	.....
7.	La victime peut-elle se déplacer?	.....
8.	Durée probable du traitement	.....
9.	Conséquences probables de l'accident * Incapacité temporaire totale de travail * Incapacité temporaire partielle de travail Prévoyez-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 état antérieur (infirmités, maux, ou maladies ? Si oui lequel ?	..... ..... .....
12.	a) Une intervention chirurgicale a-t-elle été pratiquée ? Si oui laquelle? Dans quel établissement et par quel chirurgien? b) Une radiographie 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.