

déclaration d'accident

AWBB



Veuillez envoyer cette déclaration directement au club auquel vous êtes affilié

N° DE CONTRAT : 4 5 3 8 9 5 3 2

DOSSIER N° : _____

[A] à compléter par le déclarant

1 IDENTITÉ PRÉCISE DU CLUB

Nom du club : R B C P E P I N S T E R

Nom du secrétaire : F R A N C O T S E B A S T I E N
M. - Mme - Mlle (biffer les mentions inutiles). Femme mariée ou veuve : nom de jeune fille

Matricule : 0 0 0 4 6

Adresse : r u e V o v e g n e z N° : 3 0 Bte :
rue - avenue - boulevard - quai - place - chaussée (biffer les mentions inutiles)

Code postal : 4 8 6 0 Localité : W E G N E Z

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

Nom : Prénom :

Date de naissance : - - N° de registre national : - -
M. - Mme - Mlle (biffer les mentions inutiles). Femme mariée ou veuve : nom de jeune fille

Adresse : N° : Bte :

Code postal : Localité : Pays :
rue - avenue - boulevard - quai - place - chaussée (biffer les mentions inutiles)

E-mail :

Numéro de compte : - -

3 IDENTITÉ DU REPRÉSENTANT LÉGAL (parent, tuteur,...)

Nom : Prénom :
M. - Mme - Mlle (biffer les mentions inutiles). Femme mariée ou veuve : nom de jeune fille

Numéro de compte : - -

Profession : _____

4 OCCUPATION DE LA VICTIME AU MOMENT DE L'ACCIDENT

Joueur Arbitre Délégué Officiel Spectateur Autres : _____

5 DATE ET LIEU DE L'ACCIDENT

Date de l'accident : - - Jour : - - Heure : - h -

Pendant l'activité du club précité
Endroit précis : _____

Sur le chemin de l'activité

Déplacement individuel Déplacement collectif

Endroit précis : _____

Moyen de locomotion utilisé : _____

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

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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

- S'agit-il d'un tiers assuré ? Oui Non
- S'agit-il d'un tiers étranger ? Oui Non
- Coordonnées du tiers
Nom : _____ Prénom : _____
M. - Mme - Mlle (biffer les mentions inutiles). Femme mariée ou veuve : nom de jeune fille
- Adresse : _____ N° : _____ Bte : _____
rue - avenue - boulevard - quai - place - chaussée (biffer les mentions inutiles)
- Code postal : _____ Localité : _____ Pays : _____
- Compagnie d'assurance : _____ N° de police : _____
- Y a-t-il un autre tiers impliqué dans l'accident ? Oui Non
- L'accident est-il dû à une défectuosité des installations ? Oui Non
Si oui, à préciser : _____
- Y a-t-il eu constat par une autorité verbalisante ? Oui Non
Si oui, laquelle ? _____

8 TÉMOIGNAGES

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

Nom : _____ Prénom : _____
M. - Mme - Mlle (biffer les mentions inutiles). Femme mariée ou veuve : nom de jeune fille

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

Code postal : _____ Localité : _____ 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 : _____ Prénom : _____
M. - Mme - Mlle (biffer les mentions inutiles). Femme mariée ou veuve : nom de jeune fille

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

Code postal : _____ Localité : _____ 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 ? _____

9 SURVEILLANCE

- Était-elle exercée par un délégué de la fédération sportive organisatrice ou du club assuré ? Oui Non
Si oui, par qui ?
Nom : _____ Prénom : _____
- Adresse : _____ N° : _____ Bte : _____
- Code postal : _____ Localité : _____ Pays : _____

Fait à WEGNEZ,
Signature du responsable du Club

RBC PEPINSTER
FRANCOT Henri,
Président.

le

[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.

.....
.....
.....

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.

Toute plainte relative au contrat d'assurance ou à la gestion d'un sinistre peut être adressée à :

- Ethias – Service 1035 Rue des Croisiers 24 4000 Liège
fax 04 220 39 65 gestion-des-plaintes@ethias.be
- Ombudsman des assurances – Square de Meeüs 35 1000 Bruxelles
fax 02 547 59 75 info@ombudsman.as

Protection des données personnelles

Soucieuse d'appliquer la nouvelle réglementation GDPR protégeant vos données personnelles, Ethias s'engage pleinement à respecter vos droits en la matière. Ainsi, Ethias, en sa qualité de responsable du traitement de vos données personnelles, les rassemble pour les finalités suivantes : gestion des fichiers de la clientèle, évaluation des risques, gestion des contrats et des sinistres, opérations de promotion et de fidélisation, enquêtes de satisfaction, prospection et profilage, élaboration de statistiques et d'études actuarielles, exercice des recours, gestion des réclamations et des contentieux, exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur et lutte contre la fraude.

Ethias traite vos données sur les bases juridiques suivantes :

- afin de respecter toutes les obligations légales, réglementaires et administratives auxquelles elle est soumise ;
 - dans le cadre de l'exécution de vos contrats ou pour prendre des mesures précontractuelles à votre demande ;
 - pour des raisons qui relèvent de son intérêt légitime, au premier rang desquelles figurent :
 - la lutte contre la fraude ;
 - la connaissance de ses clients et de ses prospects, en vue de les informer de ses activités, produits et services ;
 - la bonne exécution des contrats souscrits par ses assurés ;
 - la sauvegarde de ses intérêts propres et de ceux de ses assurés.
- Dans tous ces cas, Ethias veille alors à préserver un juste équilibre entre ces intérêts légitimes et le respect de votre vie privée ;
- le cas échéant, lorsqu'elle a obtenu votre consentement.

Ces données peuvent être, si nécessaire, communiquées aux catégories de destinataires suivantes :

- vos conseillers (avocats, experts, médecins-conseils, ...) ;
- les collaborateurs et conseillers d'Ethias ;
- les autres entités du groupe, leurs collaborateurs et conseillers ;
- les sous-traitants de quelque nature que ce soit (informatiques et autres), et partenaires commerciaux d'Ethias ;
- tous les prestataires intervenant dans le cadre de l'exécution des contrats et du règlement des sinistres ;
- les banques, les entreprises d'assurances et de réassurance, les courtiers et les bureaux de règlement ;
- les autorités et organismes publics (police, justice, sécurité sociale, ...) ;
- les autorités de contrôle et l'Ombudsman des assurances.

Notre charte Privacy vous fournira des informations plus détaillées sur les destinataires en question.

Ethias ne conserve vos données personnelles que pour la durée nécessaire au traitement pour lesquelles elles ont été collectées. Cela implique que les données traitées sont conservées pendant toute la durée du ou de vos contrat(s) d'assurance, du ou des sinistres(s), la période de prescription légale ainsi que tout autre délai de conservation qui serait imposé par la législation et la réglementation applicable. La durée de conservation varie en fonction du type de données et de réglementations.

Vous pouvez avoir accès aux données vous concernant et en obtenir la rectification au moyen d'une demande datée et signée accompagnée d'une photocopie recto verso de votre carte d'identité, adressée à :

Ethias
Data Protection Officer
Rue des Croisiers 24
4000 Luik
DPO@ethias.be

Vous pouvez vous opposer gratuitement et à tout moment à l'utilisation de vos données à des fins de prospection commerciale et/ou de marketing direct.

En outre, dans certains cas bien précis, la réglementation GDPR vous permet, de demander la limitation du traitement, d'obtenir une copie de vos données (droit de portabilité) et d'en demander l'effacement. Ce droit à l'effacement n'est toutefois pas absolu. Pour plus de détails quant à l'exercice de vos droits, nous vous renvoyons à la Charte Privacy disponible sur le site www.ethias.be. Enfin, toute réclamation peut être adressée à l'

Autorité de Protection des Données
Rue de la Presse 35
1000 Bruxelles
Tél. : +32 2 274 48 00
E-mail: commission@privacycommission.be

Fait à

le

En application de la clause de traitement des données relatives à la santé figurant ci-avant, j'autorise donc Ethias à traiter les données relatives à la santé me concernant ou concernant la personne soignée.

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