

# déclaration d'accident ASSURANCE ACCIDENTS CORPORELS



A retourner à : Ethias, rue des Croisiers 24, B-4000 Liège

[A] à compléter par le déclarant

DOSSIER N° : \_\_\_\_\_

**1 IDENTITÉ DU PRENEUR D'ASSURANCE** (fédération, ligue, etc.)

N° de contrat : \_\_\_\_\_

Références : \_\_\_\_\_

Dénomination précise du club : \_\_\_\_\_

Activité pratiquée : \_\_\_\_\_

Nom du responsable du club : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
rue - avenue - boulevard - qual - place - chaussée (biffer les mentions inutiles)

Code postal : \_\_\_\_\_

Localité : \_\_\_\_\_

N° : \_\_\_\_\_

Bte : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

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

Norm : \_\_\_\_\_  
M. - Mme - Mlle (biffer les mentions inutiles), Femme mariée ou veuve : nom de jeune fille

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

N° registre national : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
rue - avenue - boulevard - qual - place - chaussée (biffer les mentions inutiles)

Code postal : \_\_\_\_\_

Localité : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Occupation de la victime au moment de l'accident

Joueur  Arbitre  Délégué  Officiel  Spectateur  Autres : \_\_\_\_\_

Identité du représentant légal (parent, tuteur,...)

Prénom : \_\_\_\_\_

Norm : \_\_\_\_\_  
M. - Mme - Mlle (biffer les mentions inutiles), Femme mariée ou veuve : nom de jeune fille

Adresse : \_\_\_\_\_  
rue - avenue - boulevard - qual - place - chaussée (biffer les mentions inutiles)

Code postal : \_\_\_\_\_

Localité : \_\_\_\_\_

N° : \_\_\_\_\_

Bte : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

**3 DATE ET LIEU DE L'ACCIDENT**

Date de l'accident : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

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 : \_\_\_\_\_

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

---

---

---

---

---

5 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
- S'agit-il d'un 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 ? \_\_\_\_\_

Compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_ N° de police : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Localité : \_\_\_\_\_

Adresse : rue - avenue - boulevard - quai - place - chaussée (biffer les mentions inutiles) Pays : \_\_\_\_\_ Bte : \_\_\_\_\_

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

6 TÉMOIGNAGES

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

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

Code postal : \_\_\_\_\_ Localité : \_\_\_\_\_

Adresse : rue - avenue - boulevard - quai - place - chaussée (biffer les mentions inutiles) Pays : \_\_\_\_\_ Bte : \_\_\_\_\_

N° : \_\_\_\_\_

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

Code postal : \_\_\_\_\_ Localité : \_\_\_\_\_

Adresse : rue - avenue - boulevard - quai - place - chaussée (biffer les mentions inutiles) Pays : \_\_\_\_\_ Bte : \_\_\_\_\_

N° : \_\_\_\_\_

C. À défaut de témoin A. et B., quand et par qui avez-vous eu connaissance de l'accident ? \_\_\_\_\_

Si'il y a d'autres témoins (A ou B) vous pouvez nous communiquer leurs coordonnées sur document séparé.

7 SURVEILLANCE

- Était-elle exercée par un délégué de la fédération sportive organisatrice ou du club assuré ?  Oui  Non
- Si oui, par qui ? \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Localité : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ N° : \_\_\_\_\_ Bte : \_\_\_\_\_

Pays : \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_

Signature du responsable du Club, \_\_\_\_\_

**[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 mutuelle. 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 mutuelle.
- 4) Sur présentation des notes justificatives et des décomptes de la mutuelle, 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 mutuelle 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 mutuelle. 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, en obtenir la certification 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 «Service 1100» - Rue des Croisiers 24 - B-4000 Liège
- Fax 04 220 32 50 - [plaintes.col@ethias.be](mailto:plaintes.col@ethias.be)
- Service Ombudsman Assurances - Square de Meels 35 - B-1000 Bruxelles
- Fax 02 547 59 75 - [info@ombudsman.as](mailto: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.

/autorise Ethias à traiter les données à santé me concernant.

Fait à \_\_\_\_\_

le \_\_\_\_\_

Signature, \_\_\_\_\_

1) Nom et prénom du médecin : \_\_\_\_\_  
Adresse du médecin : \_\_\_\_\_  
2) Nom et prénom de la victime : \_\_\_\_\_  
Adresse de la victime : \_\_\_\_\_  
3) Date de l'accident : \_\_\_\_\_  
4) Date et heure du premier examen médical : \_\_\_\_\_  
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 \_\_\_\_\_ %  
10) Estimez-vous que la lésion constatée peut avoir eu pour cause l'accident relaté à la rubrique 4 ?  Oui  Non  
11) Y a-t-il concours d'un état antérieur (infirmités, maux ou maladies) ?  Oui  Non  
12) A. Une intervention chirurgicale a-t-elle été pratiquée ?  Oui  Non  
Si oui, laquelle ? \_\_\_\_\_  
B. Une radiographie de diagnostic et/ou de contrôle a-t-elle été faite ?  Oui  Non  
C. Désirez-vous l'intervention d'un spécialiste ?  Oui  Non  
13) Observations : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_