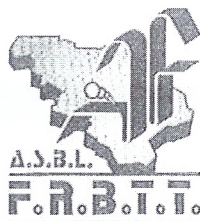


déclaration d'accident



ethias
ASSURANCE
ASBL AILE FRANCOPHONE
DE LA FEDERATION ROYALE
BELGE DE TENNIS DE TABLE
46, rue Pierre du Diable
B-5100 — JAMBES
[A] à compléter par le déclarant

N° de contrat 4 5 0 6 3 4 0 7

À retourner à :

Dossier n° _____

1 IDENTITÉ PRÉCISE DU CLUB

Nom du club _____
Nom du secrétaire _____
M. - Mme - Mlle (biffer les mentions inutiles) - femme mariée ou veuve : nom de jeune fille
Matricule _____
Adresse _____ N° _____ Bte _____
rue - avenue - boulevard - quai - place - chaussée (biffer les mentions inutiles)
Code postal _____ Localité _____

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

Nom _____ Prénom _____
M. - Mme - Mlle (biffer les mentions inutiles) - femme mariée ou veuve : nom de jeune fille
Date de naissance _____ N° registre national _____
Adresse _____ N° _____ Bte _____
rue - avenue - boulevard - quai - place - chaussée (biffer les mentions inutiles)
Code postal _____ Localité _____ Pays _____
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 Sur le chemin de l'activité
Endroit précis : _____
_____ déplacement individuel déplacement collectif
Endroit précis : _____
Moyen de locomotion utilisé : _____

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

(en cas d'accident de roulage, veuillez également compléter le cadre 7)

1) Nom, prénom et _____
(en caractères d'imprimerie s.v.p.)

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 _____ - _____ - _____ heure _____ 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,

[B] avis aux victimes d'un accident ou à leurs parents

- 1) Vous avez été victime d'un accident 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 - Service 1100 - rue des Croisiers 24 - 4000 Liège - fax 04 220 32 50 - plaintes.col@ethias.be
- Ombudsman des assurances - square de Meeûs 35 - 1000 Bruxelles - fax 02 547 59 75 - ombudsman@upea.be
- Office de Contrôle des Assurances - avenue de Cortenberg 61 - 1000 Bruxelles - fax 02 736 88 17.

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,