

A. Certificat médical vierge



Nom, prénom et adresse victime:

.....

DOSSIER – N° :

Accident du :

CERTIFICAT MEDICAL A FAIRE COMPLETER


1. Nom, prénom (en CARACTERE D'IMPRIMERIE, s.v.p.) et adresse du médecin traitant
2. Date du 1er examen médical	le ... / ... / ...
3. Lésions (indiquer la nature des blessures, les parties du corps atteintes).
4. Où la victime est-elle soignée?
5. La victime peut-elle se déplacer ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
6. Durée probable du traitement
7. Conséquences probables de l'accident
8. Y a-t-il concours d'un état antérieur (infirmités, maux ou maladies)? Si oui, lequel?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
9. A) Une intervention chirurgicale a-t-elle été pratiquée? Si oui, laquelle, et par qui a-t-elle été pratiquée?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
B) Une radio de diagnostic et/ou de contrôle a-t-elle été faite ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
C) Désirez-vous l'intervention d'un autre spécialiste?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
10. Observations:

Fait à le .../.../...

Signature

Associations d'assurances mutuelles agréées sous les n°0165, 0660, 0661, 0662
 RPM 402.370.054 - 402.370.153 - 402.369.955 - 402.370.252
 Siège SOCIAL rue des Croisiers 24 B-4000 Liège www.ethias.be info.assurance@ethias.be

B. Document à renvoyer à Ethias



Nom, prénom et adresse victime:
.....
.....
.....

DOSSIER – N° :
Accident du :

DOCUMENT A COMPLETER ET A SIGNER PAR LA VICTIME OU SES PARENTS

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 :

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:
.....
.....

Par la présente le soussigné donne autorisation au traitement des données médicales le concernant (ou concernant son enfant) relatives à l'accident dont il a été victime.

Signature,

Afin de vous éviter des frais bancaires relatifs aux chèques, nous vous remercions de nous communiquer votre numéro de compte

□□□ - □□□□□□□□ - □□

Ethias rassemble les données à caractère personnel visées dans la présente formule aux fins de gestion de sinistre. Ces données pourront faire l'objet d'un traitement par elle ou par NRB, Parc des Hauts-Sarts à 4040 Herstal.

Les personnes concernées ont accès aux données et peuvent en obtenir la rectification éventuelle conformément à la loi du 08 décembre 1992 et à ses arrêtés d'application. Tout renseignement complémentaire peut être obtenu auprès de la Commission de la protection de la vie privée. (n° d'identification 524.689)

Associations d'assurances mutuelles agréées sous les n°0165, 0660, 0661, 0662
RPM 402.370.054 - 402.370.153 - 402.369.955 - 402.370.252
SIÈGE SOCIAL: rue des Croisiers 24 B-4000 Liège www.ethias.be info.assurance@ethias.be

1007114

C. Formulaire simplifié de déclaration d'accident

déclaration d'accident sportif FORMULAIRE SIMPLIFIÉ



1 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

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

Code postal : _____ Localité : _____ Pays : _____

Classe : _____ Section : _____ Année : _____

2 DATE ET LIEU DE L'ACCIDENT

Date de l'accident : ____/____/____ Jour : _____ Heure : ____ h ____

Occupation de la victime au moment de l'accident

Joueur Arbitre Délégué Officiel Spectateur Autres : _____

Pendant l'activité du club précité

Endroit précis : _____

Sur le chemin de l'activité

Déplacement individuel Déplacement collectif

Endroit précis : _____

Moyen de locomotion utilisé : _____

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

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

• L'accident est-il dû à une faute d'un assuré ? Oui Non

• L'accident est-il dû à une faute d'un tiers étranger ? Oui Non

Si oui, identité complète de celui-ci :

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 : _____

5 TÉMOIN

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 : _____

Fait à _____ le _____

Signature, _____

Associations d'assurances mutuelles agréées sous les n° 0165, 0660, 0661, 0662 (A.R. des 4 et 13 juillet 1979, M.B. du 14 juillet 1979)
N° d'entreprises/TVA BE 0402.370.054 - BE 0402.370.153 - BE 0402.369.955 - BE 0402.370.252
Siège social rue des Croisiers 24 4000 LIÈGE www.ethias.be info@ethias.be

1172-??-12.07

D. Que faire en cas d'accident ?

AVIS IMPORTANT A LA VICTIME D'UN ACCIDENT SPORTIF OU A SES PARENTS

QUE FAIRE EN CAS D'ACCIDENT SPORTIF ?

1) Faire établir une déclaration d'accident par votre club ou fédération :

Dans un souci de rapidité et d'efficacité, le club ou la fédération encode les déclarations d'accident sportif via notre site informatisé « Extranet ». Ce système permet d'obtenir directement le numéro de dossier attribué à l'accident et de vous fournir les documents et informations nécessaires à la gestion de son dossier, à savoir : le certificat médical, un document à nous retourner dûment complété, un avis qui vous est destiné et qui reprend les références du dossier ainsi que les coordonnées complètes de son gestionnaire. Ce dernier se tiendra bien entendu à votre entière disposition pour tout renseignement complémentaire que vous désiriez obtenir.

Il ne vous restera plus qu'à faire parvenir, à l'attention de notre médecin-conseil, le certificat médical des premières constatations complété par le médecin de votre choix. S'il survient un élément médical nouveau, il y aura lieu de nous en informer par l'envoi, à l'intention de notre médecin-conseil le Dr. Paul Martin, d'un rapport médical complémentaire rédigé sur papier libre. Nous vous demandons de bien vouloir mentionner les références du dossier lors de l'envoi de tout document.

2) Procédure de remboursement des frais médicaux :

Vous devez payer toutes les notes qui vous sont adressées par les prestataires de soins. Ensuite, toujours dans un souci de rapidité et d'efficacité, nous vous conseillons de nous adresser directement toutes les notes originales de vos débours ainsi que les attestations de remboursement de votre mutualité ou de l'organisme qui en tient lieu en rappelant les références du dossier.

Si vous ne pouvez bénéficier de l'intervention d'une mutualité ou d'un organisme qui en tient lieu, il conviendra de nous en indiquer la raison.

3) Que couvre le contrat ?

A) La responsabilité civile :

La responsabilité est couverte uniquement lors de l'activité sportive. Elle n'est donc pas couverte sur le chemin de l'activité. Attention : L'article 45 de la loi du 25 juin 1992 relative à l'assurance terrestre règle les concours d'assurance.

Il y aura donc lieu, en cas d'accident survenu pendant l'activité sportive et pouvant engager votre responsabilité, de déclarer les faits à votre assureur « Responsabilité civile familiale » et nous communiquer les références de son dossier dès qu'elles vous seront connues.

Votre assureur nous remboursera alors le montant de son intervention et nous supporterons le montant de la franchise contractuellement prévue. Il ne restera donc rien à votre charge.

B) Frais de traitement et indemnités :

Ces garanties s'appliquent pendant l'activité sportive et sur le chemin de l'activité.

- Frais de traitement repris à la nomenclature du tarif de l'INAMI après intervention de la mutualité ou de l'organisme qui en tient lieu et ce pendant trois ans à dater du jour de l'accident.
- Frais de traitement NON repris à la nomenclature du tarif de l'INAMI jusqu'à concurrence d'un forfait.
- Prothèse dentaire : un forfait par dent lésée lors de l'accident avec un montant maximum par sinistre.
- Dommages aux lunettes : un forfait pour la monture et un remboursement intégral pour les verres sous certaines conditions.
- Frais de transport : comme en accident du travail.
- Frais funéraires : un forfait.
- Frais de recherche et de rapatriement : un forfait.
- Décès : un forfait.
- Invalidité permanente : un forfait par pour-cent d'invalidité.

ATTENTION : Ces garanties vous sont données à titre d'exemple. En effet, les garanties d'une assurance sportive dépendent du contrat qui a été souscrit ; elles varient d'un assuré à l'autre. Il y a donc lieu, en cas de sinistre de contacter le gestionnaire du dossier pour connaître les conditions précises d'intervention.

Quelques définitions :

Activités sportives : Les sportifs sont considérés en activité lorsqu'ils participent aux activités du preneur d'assurance et de ses clubs affiliés tant en Belgique qu'à l'étranger.

Chemin de l'activité : Le trajet normal que l'assuré doit accomplir afin de se rendre de son domicile au lieu où se déroule l'activité et vice versa. La notion de chemin est déterminée par analogie à la notion de « chemin du travail » telle qu'elle est prévue par la loi sur les accidents du travail.

Accident : Par accident corporel, il faut entendre un événement soudain qui produit une lésion corporelle et dont la cause ou l'une des causes est étrangère à l'organisme de la victime (les maladies ainsi que les malaises ne sont donc pas couverts).

Pour plus d'informations

Pour de plus amples informations à propos de l'utilisation, du raccordement ou des données qui se trouvent sur l'Extranet d'Ethias, n'hésitez pas à contacter nos services.

Responsables projet

M. Fernand Helleputte

Gestion sinistres « Accidents scolaires/sportifs »

M. Camille Hanssenne

Tél. 04 220 33 12 - Fax 04 220 30 23

camille.hanssenne@ethias.be

Dépanage technique

M. Christopher Ludwig

Tél. 04 220 81 13 - Fax 04 220 30 15

christopher.ludwig@ethias.be