



Déclaration d'accident

Aangifte van een ongeval

Comment bien la compléter
Hoe deze correct in te vullen

déclaration d'accident
L.B.F.R.



ethias
ASSURANCE

Veuillez envoyer cette déclaration directement au
secrétaire du club auquel vous êtes affilié

N° DE CONTRAT : 4 5 0 4 6 4 3 4

[A] à compléter par le déclarant

1 IDENTITÉ PRÉCISE DU CLUB

Nom du club : R S C A R u g b y
Nom du secrétaire : L e c l e r c q
Matricule : 0 0 2
Adresse : d e N e e r p e d e N° : 7 9 5 Bte :
Code postal : 1 0 7 0 Localité : B R U X E L L E S

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

Nom : Prénom :
Date de naissance : N° de registre national :
Adresse : N° : Bte :
Code postal : Localité : Pays :
Numéro de compte :

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

Nom : Prénom :
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 :

Page – Pagina 1

- Rubrique 1 à 5 : à compléter par la victime ou son responsable légal (si – de 18 ans)

Deel 1 tot en met 5: in te vullen door het slachtoffer of zijn wettelijke
voogd (indien jonger dan 18 jaar)

- Rubrique –Rubriek 1:

soit c'est déjà prérempli: vous n'avez rien à faire
Óftewel is het al ingevuld: je hoeft niets te doen
soit c'est vide et vous devez y inscrire

Óftewel is het leeg en je moet de volgende informatie invullen

RSCA Rugby
Mme Leclercq
002
de Neerpede (rue) 795
1070 Bruxelles

[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.

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 SA « Service 1000 » - Rue des Croisiers 24 - 4000 LIÈGE
Fax 04 220 39 65 - gestion-des-plaintes@ethias.be
- Service Ombudsman Assurances - Square de Meeûs 35 - B-1000 Bruxelles
Fax 02 547 59 75 - 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.

J'autorise Ethias à traiter les données relatives à la santé me concernant ou concernant mon enfant.

Fait à _____

le _____

Signature, _____

Page- Pagina 3

Toute la page est à compléter ET signer par la victime ou son responsable légal (si – de 18 ans).
N'oubliez pas d'y apposer une vignette de mutuelle.

De volledige pagina moet ingevuld en ondertekend worden door het slachtoffer of zijn wettelijke voogd (indien jonger dan 18 jaar).
Vergeet niet een klever van het ziekenfonds erop te plakken.

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 5 ? 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, _____

Page – Pagina 4

Toute la page est à compléter ET signer PAR le médecin/ service urgence.
Ou joindre un document du médecin/service d'urgence prévu à cet effet.

De volledige pagina moet ingevuld en ondertekend worden door de arts/spoedeisende hulp.
Of voeg een document toe van de daartoe bestemde arts/hulpdienst.

Une fois la complétion terminée deux solutions s'offrent à vous
Als de aangifte is ingevuld, hebt u 2 keuzes

remettre votre déclaration à votre manager -
Dien uw aangifte in bij uw leidinggevende

la scanner et l'envoyer par mail à declarationaccident@rscarugby.be
scan het en stuur het per e-mail naar declaratieaccident@rscarugby.be

Et après... En Na.....

Votre déclaration sera envoyée à Ethias.

Vous serez averti de l'envoi.

Ethias vous enverra un courrier avec un numéro de dossier, mail.

Informations diverses :

Les factures doivent toujours bien être payées par la victime (ou ses parents). Ensuite, transmettre la facture par mail avec la référence du dossier et son numéro de compte Ethias.

Ne pas tarder à nous faire parvenir la déclaration.
c'est le club qui se charge de l'envoi à Ethias.

Uw aangifte wordt naar Ethias verzonden.

U krijgt een bericht van verzending.

Ethias stuurt u een brief met dossiernummer, e-mail.

Diverse informatie:

De factuur moet altijd worden betaald door het slachtoffer (of zijn ouders). Verstuur vervolgens de factuur per e-mail met de dossierreferentie en het Ethias-rekeningnummer.

Wacht niet te lang met het versturen van de aangifte.
het is de club die verantwoordelijk is voor de verzending naar Ethias.