

déclaration d'accident

FEDERATION DE VOLLEYBALL
WALLONIE-BRUXELLES



À retourner à : Fédération de volleyball de Wallonie-Bruxelles ASBL,

Rue de Namur, 84 - 5000 BEEZ

N° DE CONTRAT : 4 5 0 3 9 0 9 6

[A] à compléter par le déclarant

1 DÉNOMINATION PRÉCISE DU CLUB OÙ LA VICTIME EST AFFILIÉE

Nom du club : VOLLAMAC ASBL
Nom du responsable : GUY RIGO
Adresse : EL MOTTE N° : 6 Bte :
Code postal : 4540 Localité : JEHAY

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

N° affiliation :
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
Endroit précis (nom du club où l'accident a eu lieu) :

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 _____ le _____

Signature de la victime ou de ses parents,

[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,

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, _____