

déclaration d'accident FÉDÉRATION DES SCOUTS



À retourner à :

Les Scouts, rue de Dublin 21 à 1050 BRUXELLES
Tél. 02 508 12 00 - Fax 02 508 12 01

N° DE CONTRAT : 4 5 0 6 1 5 9 0

RÉFÉRENCE LES SCOUTS : _____

[A] à compléter par le déclarant

1 IDENTITÉ DU PRENEUR D'ASSURANCE

Les Scouts - Fédération des Scouts - Baden Powel de Belgique ASBL - 1050 BRUXELLES

Région : _____ Section : _____

N° unité : _____

Responsable de la section

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 : _____

N° de téléphone : _____

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° de registre national : _____

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

Code postal : _____ Localité : _____ Pays : _____

Numéro de compte : _____

Si la victime a également souscrit l'assurance complémentaire n° 45.061.591, quelle est la modalité choisie ?

Modalités : I II III IV

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

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 : _____

Numéro de compte : _____

Profession : _____

4 SI UN TIERS TIERS ÉTRANGER À LA FÉDÉRATION EST IMPLIQUÉ DANS 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 : _____

5 COMPAGNIE D'ASSURANCE DU TIERS MENTIONNÉ AU POINT 4

Nom : _____ N° de police : _____

6 DATE ET LIEU DE L'ACCIDENT

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

Pendant la participation à une activité assurée

Endroit précis : _____

Sur le chemin de l'activité

Déplacement individuel Déplacement collectif

Endroit précis : _____

Moyen de locomotion utilisé : _____

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

- 1) Vous avez été victime d'un accident corporel pour lequel Ethias est l'assureur.
Dès réception de la déclaration d'accident, Ethias vous communiquera le numéro de votre dossier.
- 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 81 - 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 7 ? 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,