

déclaration d'accident

ASSURANCE ACCIDENTS CORPORELS



Veuillez envoyer cette déclaration directement à :
ASSURVER S.A.
assurver@portima.be

DOSSIER N° : _____

[A] à compléter par le déclarant

1 IDENTITÉ DU PRENEUR D'ASSURANCE

« ASSOCIATION FRANCOPHONE DE GOLF A.S.B.L. »

N° de police 45.144.390

Dénomination précise du club : _____

Nom du responsable du club : _____

Numéro de téléphone : _____

2 IDENTITÉ DE LA VICTIME

Monsieur Madame

Nom : _____ Prénom : _____
M. - Mme - Mlle (biffer les mentions inutiles). Femme mariée ou veuve : nom de jeune fille

Date de naissance : _____ Profession : _____

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

Code postal : _____ Localité : _____ Pays : _____

Numéro de compte : _____

Occupation de la victime au moment de l'accident

Joueur Arbitre Délégué Officiel Spectateur Autres :

Numéro d'affiliation à l'AFG : _____

Si la victime est mineure, nom et prénom du représentant légal (parent, tuteur,...) :

Nom : _____ Prénom : _____
M. - Mme - Mlle (biffer les mentions inutiles). Femme mariée ou veuve : nom de jeune fille

Profession : _____

Autres assurances en vigueur (RC Familiale, Hospitalisation,...) : _____

Compagnie : _____ Numéro de police : _____

3 IDENTITÉ DU RESPONSABLE

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 d'affiliation à l'AFG : _____

Compagnie RC Familiale : _____ Numéro de police : _____

4 DATE DE L'ACCIDENT

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

5 LIEU DE L'ACCIDENT

Pendant l'activité du club précité

Endroit précis :

Sur le chemin de l'activité

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 en dehors du homeclub, il est impératif de joindre le «Golf Accident Form for the Greenfee Player »

7 TÉMOIGNAGES

A. Nom et adresse des témoins de l'accident :

.....
.....

B. Si l'accident n'a pas eu de témoin, nom et adresse des témoins de l'état du blessé et de ses plaintes immédiatement après l'accident :

.....
.....

C. À défaut de témoin A. et B., quand et par qui avez-vous eu connaissance de l'accident ?

.....
.....

8 CAUSE DE L'ACCIDENT

L'accident est-il dû à une défectuosité des installations ? Oui Non

Si oui, à préciser :

.....
.....

9 INCAPACITÉ DE LA VICTIME

La victime est-elle en incapacité ? Oui Non

Si oui, à partir de quelle date ? ____ - ____ - ____

10 REMARQUES

.....
.....
.....

Fait à

Signature du responsable du Club,

le

Signature de la victime,

Signature du responsable de l'accident,

[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 « Service 1100 » - Rue des Croisiers 24 - B-4000 Liège
Fax 04 220 32 50 - plaintes.col@ethias.be
- Ombudsman des assurances - Square de Meeûs 35 - B-1000 Bruxelles
Fax 02 547 59 75 - info@ombudsman.as
- Commission bancaire, financière et des assurances - Rue du Congrès 12-14
B-1000 Bruxelles - Tél. 02 220 52 11 - Fax 02 220 58 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 à la santé me concernant.

Fait à

le

Signature,

1) Nom et prénom du médecin traitant : _____
(en caractère 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,