

Déclaration d'accident ASSURANCE COLLECTIVE CONTRE LES ACCIDENTS CORPORELS



À COMPLÉTER PAR LE DÉCLARANT
UNE SEULE FORMULE PAR ACCIDENT NOUS SUFFIT ET VOUS DISPENSE D'UNE LETTRE D'ACCOMPAGNEMENT

1 SOUSCRIPTEUR DU CONTRAT

Souscripteur du contrat C.E.P.U.L.B.
(Administration - organisme - ...)

N° du contrat 45.03.45.24 Référence : K 060 51 Tél 02.65.04.569

Nom et prénom du déclarant _____ N° 4530
M. - Mme - Mlle (biffer les mentions inutiles) - femme mariée ou veuve : nom de jeune fille

Qualité du déclarant : _____

Adresse _____ N° _____
Rue - avenue - quai - place - chaussée (biffer les mentions inutiles)

Bte _____ Code postal _____ Localité _____

Référence : _____ Tél _____

2 VICTIME

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

Adresse _____ N° _____
Rue - avenue - quai - place - chaussée (biffer les mentions inutiles)

Bte _____ Code postal _____ Localité _____ Pays _____

Date de naissance _____ Lieu de naissance : _____

Occupation de la victime au moment de l'accident : _____

N° de compte _____

Profession : _____

3 RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION

Salaire promérité un an avant l'accident (brut) : _____

Heures normales de travail le jour de l'accident : _____

Heures de travail prestées le jour de l'accident : _____

Salaire horaire : _____

4 LIEU DE L'ACCIDENT

Adresse _____ N° _____
Rue - avenue - quai - place - chaussée (biffer les mentions inutiles)

Bte _____ Code postal _____ Localité _____

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

5 DESCRIPTION DE L'ACCIDENT (CAUSES, CIRCONSTANCES, CONSÉQUENCES ET/OU DOMMAGES OCCASIONNÉS)

(En cas d'accident de roulage, veuillez également compléter le cadre 6)

1151 - 004 - 02/04 - imp

6**CROQUIS (A COMPLÉTER EN CAS D'ACCIDENT DE ROULAGE OU DE DOMMAGES MATÉRIELS)**
7**SI UN TIERS EST IMPLIQUÉ DANS L'ACCIDENT, COMPLÉTER CETTE CASE**

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

Adresse _____ N° _____
Rue - avenue - quai - place - chaussée (biffer les mentions inutiles)

Bte _____ Code postal _____ Localité _____ Pays _____

Compagnie d'assurance : _____ N° de police _____

8**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) A défaut de témoin a) et b), quand et par qui avez-vous eu connaissance de l'accident ? _____

9**AUTORITÉ VERBALISANTE**

Y a-t-il eu constat par une autorité verbalisante ? oui non
 Si oui, laquelle ? _____

10**INCAPACITÉ**

La victime est-elle en incapacité ? oui non
 Si oui, à partir de quelle date ? _____

11**MÉDECIN TRAITANT**

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

Adresse _____ N° _____
Rue - avenue - quai - place - chaussée (biffer les mentions inutiles)

Bte _____ Code postal _____ Localité _____ Pays _____

12**OBSERVATIONS**

Fait à

Le

Signature du déclarant,

1. Vous avez été victime d'un accident 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, destinés 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 _____

M. - Mme - Mlle (biffer les mentions inutiles) - femme mariée ou veuve : nom de jeune fille

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 :

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

Fait à _____

Le _____

Signature, _____

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.

En cas de conclusion d'un contrat, vous donnez votre consentement à la communication éventuelle des données à caractère personnel par Ethias au G.I.E. Datassur, dans le cadre de la gestion des contrats et des sinistres. (Datassur, service " fichiers ", square de Meeûs 29, 1000 Bruxelles).

Toute plainte relative au contrat d'assurance peut être adressée à :

- Ethias - Service 1200 - rue des Croisiers 24 - 4000 Liège - fax 04 220 30 90 - gestion-des-plaintes@ethias.be
- Ombudsman des assurances - square de Meeûs 35 - 1000 Bruxelles - fax 02 547 59 75 - info@ombudsman.as
- Office de Contrôle des Assurances - avenue de Cortenbergh 61 - 1000 Bruxelles - fax 02 736 88 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.

1. Nom et prénom du médecin traitant _____
M. - Mme - Mlle (biffer les mentions inutiles) - femme mariée ou veuve : nom de jeune fille
 Adresse du médecin traitant : _____

2. Nom et prénom de la victime _____
M. - Mme - Mlle (biffer les mentions inutiles) - femme mariée ou veuve : nom de jeune fille
 Adresse de la victime : _____

3. Date de l'accident : _____

4. Date et heure du premier examen médical : _____ à _____ 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 : oui non _____ jours, soit du _____ au _____
 - Incapacité temporaire partielle de travail : oui non _____ jours, soit du _____ au _____
 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 A7 ? oui non

11. Y a-t-il concours d'un état antérieur (infirmités, maux ou maladies) qui peut faire craindre des complications ? 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
 Si oui, par quel radiologue ? _____

c) Désirez-vous l'intervention d'un spécialiste ? oui non

13. Observations : _____

Fait à

Le

Signature,