



Procédure à suivre en cas d'accident

1. Remplir le volet A (« à compléter par le déclarant »).
Attention : ne pas oublier d'indiquer votre n° de compte
2. Coller une vignette mutuelle sur le « document à compléter et signer etc... » et le signer.
3. Faire compléter le certificat médical par un médecin.

RCS Natoye Basketball asbl

Association n° 1052486

N° d'entreprise : 431129069

Matricule 0466

Siège social :

Rue de l'Avenir 1
5360 NATOYE

N° de compte: 001-0005175-13

TVA : BE 0431.129.069

Président:

LABAR Françoise

Rue des Villas 11

5500 LOYERS DINANT

Tél : 0498/282810

Email : francoise.labar@base.be

Secrétaire:

Thierry LIGOT
Rue de l'Avenir 1
5360 NATOYE

GSM: 0476/750228

Email : ligot.thierry@skynet.be

Ces documents sont à remettre au secrétaire le plus rapidement possible. Ethias (l'organisme assureur) ne prendra votre dossier en compte qu'à partir du moment où ils seront en possession du certificat médical correctement rempli.

Une fois la déclaration rentrée, un numéro de dossier vous sera attribué. Ce numéro, ainsi que le nom du gestionnaire de votre dossier, vous sera communiqué par le secrétaire.

Ensuite, tous les échanges de courrier se feront directement et exclusivement entre Ethias et la personne accidentée (ou son représentant légal).

A noter qu'Ethias ne rembourse que les produits reconnus par la mutuelle. Les produits non remboursés par votre mutuelle ne le seront pas non plus par Ethias ni par le club. Il est important de signaler ceci à votre médecin en cas de prescription médicale, de pose de bandage, de plâtre, etc.....

IMPORTANT :

- Toujours indiquer le n° du dossier ainsi que le nom de la personne de contact lors de tout échange de correspondance avec Ethias.
- Ethias impose une franchise de 40€ pour chaque déclaration d'accident.
- Ne pas oublier d'indiquer votre n° de compte sur le volet A
- Il est indispensable d'être en possession d'un certificat de guérison que vous devez renvoyer chez Ethias AVANT de rejouer. Celui-ci peut être fourni par le médecin traitant (il n'y a aucune obligation d'utiliser le certificat de guérison fourni par Ethias).

**Adresse d'Ethias : Ethias Assurances
Service 1172
Rue des Croisiers n° 24
4000 Liège.**

Je reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

LIGOT Thierry

GILLEAUME ASSURANCES
V.D.C.A. n° 120 1981

Tél : 083/21.51.49

Mail: etienne@guilleaume.be

AVA
BANQUE
votre agence
Ciney Gare

Visitez notre site internet : <http://www.resnatoye.be>

Nom, prénom et adresse victime:

.....

DOSSIER – N° :

Accident du :

**DOCUMENT A COMPLETER ET SIGNER ET A RENVOYER A Ethias
 RUE DES CROISIERS 24 A 4000 LIEGE**

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 :

Numéro d'inscription :

Attention: La loi du 09 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:

.....

Par la présente le soussigné donne autorisation au traitement des données médicales le concernant (ou concernant son enfant) relatives à l'accident dont il a été victime.

Signature,

Afin de vous éviter des frais bancaires relatifs aux chèques, nous vous remercions de nous communiquer votre numéro de compte

- -

Ethias rassemble les données à caractère personnel visées dans la présente formule aux fins de gestion de sinistre. Ces données pourront faire l'objet d'un traitement par elle ou par NRB, Parc des Hauts-Sarts à 4040 Herstal.

Les personnes concernées ont accès aux données et peuvent en obtenir la rectification éventuelle conformément à la loi du 08 décembre 1992 et à ses arrêtés d'application. Tout renseignement complémentaire peut être obtenu auprès de la Commission de la protection de la vie privée. (n° d'identification 524.689)

déclaration d'accident



N° de contrat 4 5 0 5 4 5 8 2

À retourner à : Association Wallonie-Bruxelles de basket-ball
avenue Paul Henri Spaak 27/17, B-1060 Bruxelles

Dossier n° _____

[A] à compléter par le déclarant

1 IDENTITÉ PRÉCISE DU CLUB

Nom du club _____

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

Matricule _____

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

Code postal _____ Localité _____

2 IDENTITÉ DE LA VICTIME (en caractères d'imprimerie - V.P.S.)

Modalités A B C D

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

Date de naissance _____ N° registre national _____

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

Code postal _____ Localité _____ Pays _____

Numéro de compte _____

3 IDENTITÉ DU REPRÉSENTANT LÉGAL (parent - tuteur)

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

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 Sur le chemin de l'activité

Endroit précis : _____ 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 de roulotte, veuillez également compléter le cadre 7)

1177-0237 • 01/04/1988

Nom, prénom et adresse victime:

.....

DOSSIER - N° :

Accident du :

CERTIFICAT MEDICAL A FAIRE COMPLETER ET A RENVoyer A
Ethias RUE DES CROISIERS 24 A 4000 LIEGE

1. Nom, prénom (en CARACTERE D'IMPRIMERIE, s.v.p.) et adresse du médecin traitant
2. Date du 1er examen médical	le .. / .. / ..
3. Lésions (indiquer la nature des blessures, les parties du corps atteintes).
4. Où la victime est-elle soignée?
5. La victime peut-elle se déplacer ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
6. Durée probable du traitement
7. Conséquences probables de l'accident
8. Y a-t-il concours d'un état antérieur (infirmités, maux ou maladies)? Si oui, lequel?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
9. A) Une intervention chirurgicale a-t-elle été pratiquée? Si oui, laquelle, et par qui a-t-elle été pratiquée?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
B) Une radio de diagnostic et/ou de contrôle a-t-elle été faite ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
C) Désirez-vous l'intervention d'un autre spécialiste?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
10. Observations:

Fait à le .. / .. / ..

Signature