



**6 TÉMOIGNAGES****Pas de témoigagne d'une personne ayant un lien familial ( non recevable)****A. Nom et adresse du témoin de l'accident :**

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

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : rue - avenue - boulevard - quai - place - chaussée (biffer les mentions inutiles)

N° : \_\_\_\_\_ Bte : \_\_\_\_\_

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

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : rue - avenue - boulevard - quai - place - chaussée (biffer les mentions inutiles)

N° : \_\_\_\_\_ Bte : \_\_\_\_\_

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 ?****7 SI UN TIERS EST IMPLIQUÉ DANS L'ACCIDENT, COMPLÉTER CETTE CASE**

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

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : rue - avenue - boulevard - quai - place - chaussée (biffer les mentions inutiles)

N° : \_\_\_\_\_ Bte : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Localité : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

GSM : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

Compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_ N° de police : \_\_\_\_\_

**8 CONSTATATIONS DE POLICE**

- Y a-t-il eu constat par une autorité verbalisante ?

 Oui  Non

Si oui, laquelle ? \_\_\_\_\_

**9 AUTRES INFORMATIONS UTILES CONCERNANT L'ACCIDENT**

- S'agit-il d'un accident du travail ?

 Oui  Non

Si oui, nom et adresse de l'employeur : \_\_\_\_\_

- S'agit-il d'un accident sportif ?

 Oui  Non

Si oui, quel est le sport pratiqué ? \_\_\_\_\_

La victime est-elle affiliée à un club ? \_\_\_\_\_

 Oui  Non

Si oui, lequel ? \_\_\_\_\_

Le club est-il assuré ? \_\_\_\_\_

 Oui  Non

Si oui, auprès de quelle compagnie et n° de police ? \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

- La victime est-elle en incapacité ?

 Oui  Non

Si oui, à partir de quelle date ? : \_\_\_\_\_

**10 MÉDECIN TRAITANT**

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

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : rue - avenue - boulevard - quai - place - chaussée (biffer les mentions inutiles)

N° : \_\_\_\_\_ Bte : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Localité : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

**11 OBSERVATIONS**

Pas de signature = Pas Valide donc pas d'envoi

Fait à \_\_\_\_\_

le \_\_\_\_\_

Signature,

## [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.

  

---

---

---

Pas de Vignette = Pas Valide donc pas d'envoi

**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](mailto:gestion-des-plaintes@ethias.be)
- Service Ombudsman Assurances - Square de Meeûs 35 - B-1000 Bruxelles  
Fax 02 547 59 75 - [info@ombudsman.be](mailto:info@ombudsman.be)

**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,

Pas de signature = Pas Valide donc pas d'envoi

1) Nom et prénom du médecin : \_\_\_\_\_  
(en caractères d'imprimerie s.v.p.)  
Adresse du médecin : \_\_\_\_\_

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 4 ?  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,

Pas de signature = Pas Valide donc pas d'envoi