

Renseignements nécessaires à l'encodage
en ligne d'une déclaration d'accident.

S'agit-il d'un accident : corporel Matériel Corporel et matériel

Y a-t-il une autre partie impliquée dans cet accident : oui non

La victime :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Date de naissance :

N° de compte (remboursement) :

Si la victime est mineure :

Nom du père/tuteur :

Prénom :

Adresse :

Profession :

Uniquement en cas d'implication de tiers

Via quelle compagnie d'assurance la victime est-elle assurée pour sa RC ?

Compagnie :

N° de police :

N° de dossier :

Tiers : faisant partie de l'établissement étranger à l'établissement

Nom :

Prénom :

Nom père/tuteur si mineur :

Adresse :

Téléphone :

Fonction :

Date de naissance :

Compagnie d'assurance :

Langue :

N° de police :

N° de dossier :

Marque de véhicule :

Plaque :

N° de châssis :

Nom du conducteur :

Prénom du conducteur :

Adresse du conducteur :

Constat

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

Localité de la police :

Code postal :

Numéro du PV :

Date du PV :

Renseignements complémentaires :

L'accident est-il survenu pendant une activité organisée par un club ou une fédération sportive :

oui non

La victime est-elle affiliée à un club ou une fédération : oui non

Ce club ou cette fédération est-il assuré : oui non

Nom de la compagnie :

Adresse :

N° de police :

Incapacité de la victime :

La victime est-elle en incapacité : oui non

À partir de quelle date :

Jusqu'au :

La victime est-elle en possession d'un certificat médical complété par le médecin :

oui non

Coordonnées de la personne qui a rempli cette déclaration

Nom :

Prénom :

Fonction :

Nom, prénom et adresse de la victime :

.....

DOSSIER - N° :

Accident du :

CERTIFICAT MEDICAL A FAIRE COMPLETER ET A RENVOYER A ETHIAS - RUE DES CROISIERS 24 à 4000 LIEGE

1. Nom, prénom (en CARACTERE D'IMPRIMERIE, s.v.p.) et adresse du médecin traitant
2. Date du 1 ^{er} examen médical	le .. / .. /
3. Lédsons (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 ? B) Une radio de diagnostic et/ou de contrôle a-t-elle été faite ? C) Désirez-vous l'intervention d'un autre spécialiste ?	Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
10. Observations :

Fait à le .. / .. /

Signature :

Nom, prénom et adresse de la victime :

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

DOSSIER – N° :
Accident du :

DOCUMENT A COMPLETER ET SIGNER ET A RENVOYER A
ETHIAS - RUE DES CROISIERS 24 à 4000 LIEGE

IMPORTANT

Nous vous remercions de bien vouloir compléter ce 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 1693 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)