

## déclaration d'accident

### ASSURANCE ACCIDENTS CORPORELS



#### ATTENTION !

Ce document est à transmettre au secrétaire de votre club dans les 5 jours ouvrables après l'accident.

DOSSIER N° : \_\_\_\_\_

[A] à compléter par le déclarant

#### 1 IDENTITÉ DU PRENEUR D'ASSURANCE

LIGUE FRANCOPHONE BELGE DE BADMINTON  
Rue de l'Hôpital 5  
1420 Braine-l'Alleud  
Tél. : +32 492 11 96 29

#### 2 IDENTITÉ DE LA VICTIME (en caractères d'imprimerie, s.v.p.)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
M. - Mme - Mlle (biffer les mentions inutiles). Femme mariée ou veuve : nom de jeune fille  
Date de naissance : \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ N° de registre national : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ N° : \_\_\_\_\_ Bte : \_\_\_\_\_  
rue - avenue - boulevard - quai - place - chaussée (biffer les mentions inutiles)  
Code postal : \_\_\_\_\_ Localité : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_  
N° de téléphone : \_\_\_\_\_ Numéro de compte : \_\_\_\_\_

##### Occupation de la victime au moment de l'accident

Joueur  Arbitre  Délégué  Officiel  Spectateur  Autres : .....

##### Identité du représentant légal (parent, tuteur,...)

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 : \_\_\_\_\_  
N° de téléphone : \_\_\_\_\_ Numéro de compte : \_\_\_\_\_  
Profession : \_\_\_\_\_

#### 3 DATE ET LIEU DE L'ACCIDENT

Date de l'accident : \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Jour : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_ h \_\_\_\_

Pendant l'activité du club précité

Endroit précis : .....

Sur le chemin de l'activité

Déplacement individuel  Déplacement collectif

Endroit précis : .....

Moyen de locomotion utilisé : .....

**4 DESCRIPTION DE L'ACCIDENT** (causes, circonstances, conséquences et/ou dommages occasionnés)

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

**5 COMPLÉTER CETTE CASE SI UNE AUTRE PARTIE EST IMPLIQUÉE DANS L'ACCIDENT**

- S'agit-il d'un tiers assuré ?  Oui  Non
- S'agit-il d'un tiers étranger ?  Oui  Non
- Coordonnées du tiers  
Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : ..... N° : ..... Bte : .....  
Code postal : ..... Localité : ..... Pays : .....  
Compagnie d'assurance : ..... N° de police : .....
- Y a-t-il un autre tiers impliqué dans l'accident ?  Oui  Non
- L'accident est-il dû à une défectuosité des installations  Oui  Non  
Si oui, à préciser : .....
- Y a-t-il eu un constat par une autorité verbalisante  Oui  Non  
Si oui, laquelle : .....

**6 TÉMOIGNAGES**

A. Nom et adresse des témoins de l'accident :  
Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : ..... N° : ..... Bte : .....  
Code postal : ..... Localité : ..... Pays : .....

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  
Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : ..... N° : ..... Bte : .....  
Code postal : ..... Localité : ..... Pays : .....

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

**7 SURVEILLANCE**

Était-elle exercée par un délégué de la fédération sportive organisatrice ou du club assuré ?  Oui  Non

Si oui, par qui ?  
Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : ..... N° : ..... Bte : .....  
Code postal : ..... Localité : ..... Pays : .....

**8 INFORMATIONS OBLIGATOIRES POUR LA LFBB**

Numéro d'affiliation : .....

Fait à ..... le .....

Signature du responsable du Club,

## [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.

.....  
.....

Toute plainte relative au contrat d'assurance ou à la gestion d'un sinistre peut être adressée à :

- Ethias Gestion des plaintes – voie Gisèle Halimi 10 4000 Liège gestion-des-plaintes@ethias.be
- Ombudsman des assurances – Square de Meeûs 35 1000 Bruxelles www.ombudsman-insurance.be

#### Traitement de données relatives à la santé et/ou autres données sensibles

Vous donnez votre consentement à Ethias pour le traitement des données relatives à votre santé et à celle des enfants mineurs à l'égard desquels vous êtes titulaire de l'autorité parentale ainsi qu'au traitement des autres données sensibles visées par l'article 9 du GDPR et ce, lorsqu'elles sont nécessaires à la conclusion du contrat d'assurance, à sa gestion, à la gestion des sinistres dans lesquels vous ou vos enfants êtes impliqué(s) ainsi qu'à la lutte contre la fraude à l'assurance. Vos marquez également votre accord pour la réalisation éventuelle d'un examen médical unilatéral en cas de sinistre. Ces données seront traitées avec la plus grande discrétion et uniquement par les personnes habilitées à le faire. Les obligations d'Ethias en la matière sont détaillées dans la clause « Protection des données personnelles » reprise ci-après. Ce consentement peut être retiré à tout moment mais cela n'invalidera en rien les traitements de données déjà effectués. Par ailleurs, dans ce cas, Ethias pourrait se trouver dans l'impossibilité de donner suite à vos demandes de conclusion d'un contrat d'assurance ou d'indemnisation de sinistre(s).

#### Protection des données personnelles

Soucieuse d'appliquer la nouvelle réglementation GDPR protégeant vos données personnelles, Ethias s'engage pleinement à respecter vos droits en la matière. Ainsi, Ethias, en sa qualité de responsable du traitement de vos données personnelles, les rassemble pour les finalités suivantes : gestion des fichiers de la clientèle, évaluation des risques, gestion des contrats et des sinistres, opérations de promotion et de fidélisation, enquêtes de satisfaction, prospection et profilage, élaboration de statistiques et d'études actuarielles, exercice des recours, gestion des réclamations et des contentieux, exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur et lutte contre la fraude.

Ethias traite vos données sur les bases juridiques suivantes :

- afin de respecter toutes les obligations légales, réglementaires et administratives auxquelles elle est soumise ;
- dans le cadre de l'exécution de vos contrats ou pour prendre des mesures précontractuelles à votre demande ;
- pour des raisons qui relèvent de son intérêt légitime, au premier rang desquelles figurent :
  - la lutte contre la fraude ;
  - la connaissance de ses clients et de ses prospects, en vue de les informer de ses activités, produits et services ;
  - la bonne exécution des contrats souscrits par ses assurés ;
  - la sauvegarde de ses intérêts propres et de ceux de ses assurés.
- Dans tous ces cas, Ethias veille alors à préserver un juste équilibre entre ses intérêts légitimes et le respect de votre vie privée ;
- le cas échéant, lorsqu'elle a obtenu votre consentement.

Ces données peuvent être, si nécessaire, communiquées aux catégories de destinataires suivantes :

- vos conseillers (avocats, experts, médecins-conseils, ...) ;
- les collaborateurs et conseillers d'Ethias ;
- les autres entités du groupe, leurs collaborateurs et conseillers ;
- les sous-traitants de quelque nature que ce soit (informatiques et autres), et partenaires commerciaux d'Ethias ;
- tous les prestataires intervenant dans le cadre de l'exécution des contrats et du règlement des sinistres ;
- les banques, les entreprises d'assurances et de réassurance, les courtiers et les bureaux de règlement ;
- les autorités et organismes publics (police, justice, sécurité sociale, ...) ;
- les autorités de contrôle et l'Ombudsman des assurances.

Notre charte Privacy vous fournira des informations plus détaillées sur les destinataires en question.

Ethias ne conserve vos données personnelles que pour la durée nécessaire au traitement pour lesquelles elles ont été collectées. Cela implique que les données traitées sont conservées pendant toute la durée du ou de vos contrat(s) d'assurance, du ou des sinistres(s), la période de prescription légale ainsi que tout autre délai de conservation qui serait imposé par la législation et la réglementation applicable. La durée de conservation varie en fonction du type de données et de réglementations.

Vous pouvez avoir accès aux données vous concernant et en obtenir la rectification au moyen d'une demande datée et signée accompagnée d'une photocopie recto verso de votre carte d'identité, adressée à :

Ethias  
Data Protection Officer  
voie Gisèle Halimi 10  
4000 Liège  
privacy\_request@ethias.be

Vous pouvez vous opposer gratuitement et à tout moment à l'utilisation de vos données à des fins de prospection commerciale et/ou de marketing direct. En outre, dans certains cas bien précis, la réglementation GDPR vous permet, de demander la limitation du traitement, d'obtenir une copie de vos données (droit de portabilité) et d'en demander l'effacement. Ce droit à l'effacement n'est toutefois pas absolu. Pour plus de détails quant à l'exercice de vos droits, nous vous renvoyons à la Charte Privacy disponible sur le site www.ethias.be. Enfin, toute réclamation peut être adressée à l'

Autorité de Protection des Données

Rue de la Presse 35  
1000 Bruxelles  
Tél. : +32 2 274 48 00  
www.autoriteprotectiondonnees.be

Fait à

le

En application de la clause de traitement des données relatives à la santé figurant ci-avant, j'autorise donc Ethias à traiter les données relatives à la santé me concernant ou concernant la personne soignée.

Signature

1) Nom et prénom du médecin traitant : \_\_\_\_\_  
(en caractères 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 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 : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

INFORMATIONS OBLIGATOIRES POUR LA LFBB

Incapacité temporaire sportive \_\_\_\_\_ jours, soit du \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature