ROYAL KITURO SCHAERBEEK RUGBY

CLUB

SAISON 2021-22

ASSURANCE

- Le membre affilie est couvert par la police d'assurance complementaire Ethias numero 45.038.678 ci-apres.
- L'assurance intervient **en complement de la mutuelle.**
- Le membre affilie **doit etre en ordre de mutuelle.**
- En cas de sinistre, en aucun cas le Kituro prendra a sa charge les frais medicaux couverts par la mutuelle obligatoire d'un membre.

Que faire en cas d'accident?

1. Remplir la **declaration d'accident** (disponible sur le site internet **www.kituro.be)** et la remettre au secretariat (par mail a secretariat@kituro.be ou en main propre).
   !!!!! NE PAS LA REMETTRE VOUS-MEME A ETHIAS (elle ne sera pas traitee par ETHIAS)
2. Le secretariat se charge de transmettre la declaration a la compagnie d'assurance (via l'AVIA).
3. La victime reçoit ensuite un courrier d'Ethias reprenant son numero de dossier.
4. Les informations pour le suivi de dossier et de remboursement sont renseignees dans les chapitre V et VI de la police d'assurance.

déclaration d'accident
ASSURANCE ACCIDENTS CORPORELS

ethias ASSURANCE

Dossier n° _____

A retourner uniquement à : secretariat@kituro.be

[A] à compléter par le déclarant

1 IDENTITÉ DU PRENEUR D'ASSURANCE (fédération, ligue, etc.)

_____

N° du contrat _____ N° téléphone _____

Références _____

Dénomination précise du club _____

Activité pratiquée _____

Nom du responsable du club _____

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, s.v.p.)

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**

Endroit précis : .....

○ **Sur le chemin de l'activité**

○ 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 roulage, veuillez également compléter le cadre 7)

1172-026 • 12/03 - pc

Ethias Droit Commun - Association d'assurances mutuelles, agréée sous le n°0165 pour pratiquer les assurances suivantes : accidents, maladies, dommages aux véhicules terrestres, bateaux, marchandises transportées, autres dommages aux biens, responsabilité civile véhicules automoteurs, bateaux, générale, assurance caution, pertes pécuniaires diverses, protection juridique. (A.R. des 4 et 13 juillet 1979 - M.B. du 14 juillet 1979) - RPM : 402.370.054

SIÈGE SOCIAL rue des Croisiers 24 B-4000 Liège www.ethias.be info.assurance@ethias.be

7 CROQUIS (à compléter en cas d'accident de roulage ou de dommages matériels)

8 SI UN TIERS ÉTRANGER À LA FÉDÉRATION EST IMPLIQUÉ DANS L'ACCIDENT, COMPLÉTER CETTE CASE

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 .....

Compagnie d'assurance : ..... N° de police : .....

9 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) À défaut de témoin a) et b), quand et par qui avez-vous eu connaissance de l'accident ? .....

.....

10 SURVEILLANCE

Était-elle exercée par un délégué de la fédération sportive organisatrice ou du club assuré ? ◯ oui ◯ non

Si oui, par qui ? .....

11 L'accident est-il dû à une faute d'un assuré ? ◯ oui ◯ non

Si oui, identité complète de celui-ci :

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

Date de naissance ..... - ..... - .....

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

Code postal ..... Localité ..... Pays .....

12 L'accident est-il dû à une défectuosité des installations ? ◯ oui ◯ non

Si oui, à préciser : .....

.....

.....

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

Si oui, laquelle ? .....

14 La victime est-elle en incapacité ? ◯ oui ◯ non

Si oui, à partir de quelle date ? .....

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

.....

.....

.....

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 - Service 1100 - rue des Croisiers 24 - 4000 Liège - fax 04 220 32 50 - plaintes.col@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.

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

Fait à

le

Signature,

[C] certificat médical

1) Nom, prénom et
(en caractères d'imprimerie s.v.p.)

adresse du médecin traitant

2) Nom, prénom et

adresse de la victime

3) Date de l'accident ___ - ___ - ___

4) Date et heure du premier examen médical ___ - ___ - ___ heure ___ 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 6 ? ◯ 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,