

N° du contrat **4 5 0 6 1 5 9 0**

À retourner à : Les Scouts, rue de Dublin 21, B-1050 Bruxelles  
Tél. 02 508 12 00 - Fax : 02 508 12 01

Référence Les Scouts \_\_\_\_\_

**[A] à compléter par le déclarant**

## 1 IDENTITÉ DU PRENEUR D'ASSURANCE

**LES SCOUTS - FÉDÉRATION CATHOLIQUE DES SCOUTS - BADEN POWEL DE BELGIQUE ASBL - 1050 BRUXELLES**

Région : \_\_\_\_\_ Section : \_\_\_\_\_

N° unité \_\_\_\_\_

**Responsable de la section :**

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 \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

## 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 \_\_\_\_\_

Si la victime a également souscrit l'assurance complémentaire n° 45.061.591, quelle est la modalité choisie ?

I  II  III  IV (Biffer les mentions inutiles)

## 3 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 \_\_\_\_\_

Numéro de compte \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

## 4 Si un tiers étranger à la fédération est impliqué dans l'accident, nom et adresse complète de celui-ci :

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 \_\_\_\_\_

## 5 Compagnie d'assurance du tiers mentionné au point 4 :

\_\_\_\_\_

N° de police : \_\_\_\_\_

**Visa et cachet de la fédération**

Date :



## [B] informations et demande de renseignements aux victimes d'un accident corporel (ou à leurs parents)

1) Vous avez été victime d'un accident corporel pour lequel Ethias est l'assureur. Dès réception de la déclaration d'accident, Ethias vous communiquera le numéro de votre dossier.

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.

**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 :

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

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) Si l'accident relaté aux points 7 et 11 résulte d'une faute de notre assuré, celui-ci possède-t-il un contrat de responsabilité civile familiale ?  oui  non

Si oui, auprès de quelle compagnie ? .....

Adresse : .....

N° de police : .....

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](mailto:plaintes.col@ethias.be)
- Ombudsman des assurances - square de Meeûs 35 - 1000 Bruxelles - fax 02 547 59 75 - [ombudsman@upea.be](mailto:ombudsman@upea.be)
- 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 ou concernant mon enfant.

Fait à

le

Signature,

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

adresse du médecin traitant \_\_\_\_\_

2) Nom, prénom et \_\_\_\_\_  
(en caractères d'imprimerie s.v.p.)

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 7 ?  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,