

déclaration d'accident

ASSURANCE ACCIDENTS CORPORELS ET RESPONSABILITÉ CIVILE



À renvoyer à:
Ethias
Boîte Postale 10039
1070 Bruxelles
vwb@ethias.be

N° de dossier / /
(réservé à Ethias)

[A] À compléter par le déclarant

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

VLAAMSE WIELRIJDBOND VZW

N° de police 4 5 3 7 0 1 7 9



Dénomination précise du club (les membres individuels: allez 2)

Nom et adresse du responsable du club

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° boîte

Code postal Localité

E-mail N° de téléphone

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

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° boîte

Code postal Localité Pays

Date de naissance M F Profession

E-mail

Numéro de compte

Numéro du registre national

Je suis

☐ Membre VWB N°

☐ Titulaire d'une assurance d'un jour (ajouter inscription du jour)

Occupation de la victime au moment de l'accident ☐ joueur ☐ bénévole ☐ signaleur

☐ autre:

3 DATE ET LIEU PRÉCIS DE L'ACCIDENT

Date de l'accident Jour Heure

Endroit précis de l'accident

Sport exercé

L'accident a été survenu pendant?

☐ Training

☐ Cyclosportive/randonnée cycliste

☐ Couverture souscrite exceptionnellement

☐ Autre

☐ Activité du club

☐ Sur le chemin de l'activité

☐ Activité en dehors du club

Moyen de transport 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

Y a-t-il un autre tiers impliqué dans l'accident?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, son nom et adresse

Date de naissance _ _ _ _ - _ _ _ - _ _ _ _

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

☐ Oui ☐ Non

Si oui, laquelle?

N° du procès-verbal

Toutes les personnes dont les données sont traitées peuvent consulter leurs informations personnelles, les modifier ou les supprimer si de bonnes raisons le justifient. Dans ce cas, envoyez par courrier ou par e-mail une copie de la carte d'identité à l'adresse susmentionnée. J'accepte que mes données médicales soient utilisées pour la bonne gestion de ce dossier uniquement (Art. 7, loi du 8 décembre 1992).

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

- Ethias – Service 2035 Prins-Bisschopssingel 73 3500 Hasselt fax 011 85 61 10 klachtenbeheer@ethias.be
- Ombudsman des assurances – Square de Meeûs 35 1000 Bruxelles fax 02 547 59 75 info@ombudsman.as

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 données sont également traitées 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
Rue des Croisiers 24
4000 Liège
DPO@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
E-mail: commission@privacycommission.be

Fait à

le

Signature de la victime

qui autorise Ethias à traiter les données à la santé me concernant

1) Nom du médecin traitant _____ <small>(en caractères d'imprimerie s.v.p.)</small>	Prénom _____
Adresse _____	
2) Nom de la victime _____	Prénom _____
Adresse _____	
3) Date de l'accident ____ - ____ - ____	
4) Date et heure du premier examen médical ____ - ____ - ____ ____ . ____ h	

Type de blessure	Partie(s) du corps
-------------------------	---------------------------

Pour renseigner **plusieurs blessures**, vous pouvez numéroté les blessures et parties du corps.

<input type="radio"/> Foulure <input type="radio"/> Claquage <input type="radio"/> Déchirure musculaire (rupture) <input type="radio"/> Déchirure du tendon (rupture) <input type="radio"/> Froissement (contusion) <input type="radio"/> Entorse ([dis]torsion) <input type="radio"/> Fracture <input type="radio"/> Désarticulation (luxation) <input type="radio"/> Brûlure <input type="radio"/> Écorchure <input type="radio"/> Coupure <input type="radio"/> Commotion cérébrale sans syncope <input type="radio"/> Commotion cérébrale avec syncope <input type="radio"/> Blessure dentaire <input type="radio"/> Autre(s) _____ _____ _____	Tête et visage <input type="radio"/> Tête <input type="radio"/> Visage <input type="radio"/> Yeux G/D <input type="radio"/> Oreilles G/D <input type="radio"/> Nez <input type="radio"/> Bouche Nuque et tronc <input type="radio"/> Cou/nuque G/D <input type="radio"/> Poitrine/ventre G/D <input type="radio"/> Dos G/D <input type="radio"/> Parties génitales G/D Membres supérieurs <input type="radio"/> Épaule G/D <input type="radio"/> Bras (haut) G/D <input type="radio"/> Coude G/D <input type="radio"/> Avant-bras G/D <input type="radio"/> Poignet G/D <input type="radio"/> Main G/D <input type="radio"/> Doigts G/D	Membres inférieurs <input type="radio"/> Hanche G/D <input type="radio"/> Aine G/D <input type="radio"/> Cuisse G/D <input type="radio"/> Genou G/D <input type="radio"/> Jambe (bas) G/D <input type="radio"/> Cheville G/D <input type="radio"/> Talon G/D <input type="radio"/> Pied G/D <input type="radio"/> Orteils G/D Autre(s) _____ _____ _____ _____ _____ _____
--	--	---

Questionnaire

- Estimez-vous que la/les lésion(s) constatée(s) peut/peuvent avoir eu pour cause l'accident relaté ? ☐ Oui ☐ Non
- Y a-t-il concours d'un état antérieur (maux/maladies)?
☐ Non
☐ Oui. La victime n'était pas entièrement rétablie (rechute)
☐ Oui. La victime était totalement rétablie (récidive)
- Durée probable du traitement? ☐ Oui ☐ Non
- Durée probable du traitement
☐ Néant ☐ 1 à 14 jours ☐ 15 à 30 jours ☐ 1 à 2 mois ☐ Plus de 2 mois
- Prévoyez-vous une guérison complète? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne peut être déterminé
- Quand estimez-vous que la victime pourra reprendre le sport à 100 %?
☐ Immédiatement ☐ Dans 1 à 14 jours ☐ Dans 15 jours à 2 mois ☐ Dans plus de 2 mois ☐ Ne peut être déterminé