

## DECLARATION D'ACCIDENT

### PROCEDURE A SUIVRE

Vous trouverez ci-après :

- le formulaire de déclaration d'accident (2 pages)
- un document à compléter (ne pas oublier d'apposer 1 vignette mutuelle et d'indiquer votre numéro de compte bancaire pour le remboursement).
- le certificat médical à faire remplir par votre médecin

**Ces documents doivent être remplis entièrement et renvoyés à l'ULiège sports dans les 48 heures qui suivent l'accident (si possible).**

Le secrétariat de l'ULiège sports encode alors via le site web d'Ethias les données relatives à cet accident puis enverra à la victime le n° de sinistre ainsi que les coordonnées de la personne chargée du dossier chez Ethias.

Par la suite, la victime adressera à Ethias tous les justificatifs des frais encourus suite à l'accident.

**Attention : le « déclarant » doit être un responsable de la section (moniteur ou délégué) ou un arbitre s'il s'agit du championnat interfacultaire de football ou football en salle. Il doit également signer la déclaration dans la rubrique « signature du déclarant ».**



## ASSURANCE COLLECTIVE CONTRE LES ACCIDENTS CORPORELS

### DECLARATION D'ACCIDENT

|                              |  |
|------------------------------|--|
| Nom et prénom du déclarant : |  |
|------------------------------|--|

|                                                                                                      |                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <b><u>VICTIME :</u></b>                                                                              |                                           |
| - Nom et prénoms de la victime :                                                                     |                                           |
| - N° de carte ULiège sports (obligatoire) :                                                          |                                           |
| - Date de naissance :                                                                                |                                           |
| - Domicile :                                                                                         | ..... n°.....<br>.....                    |
| - Adresse E-mail :                                                                                   |                                           |
| - Numéro de téléphone et/ou GSM :                                                                    | ..... / ..... / .....                     |
| - Profession :                                                                                       |                                           |
| - Compte bancaire (pour le remboursement) :<br>(NB : indiquer le <b>numéro de compte et le BIC</b> ) | N° : ..... - ..... - .....<br>BIC : ..... |
| <b><u>Si la victime est mineure :</u></b>                                                            |                                           |
| - Nom et prénom (père, mère, tuteur) :                                                               |                                           |
| - Domicile :                                                                                         | ..... n°.....<br>.....                    |

|                                                                                                              |                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <b><u>ACCIDENT :</u></b>                                                                                     |                                                      |
| - Date et heure de l'accident :                                                                              | Le ..... à .....                                     |
| - Sport pratiqué au moment de l'accident :                                                                   |                                                      |
| - Endroit où est survenu l'accident :                                                                        |                                                      |
| - <b>Description détaillée de l'accident :</b>                                                               |                                                      |
| 1. causes, circonstances :                                                                                   |                                                      |
| 2. conséquences et/ou dommages occasionnés :                                                                 |                                                      |
| <b>- Témoins :</b>                                                                                           |                                                      |
| * Nom, prénom et adresse du 1 <sup>er</sup> témoin :<br><br>(veuillez compléter entièrement cette rubrique)  | Nom : ..... Prénom : .....<br>..... n°.....<br>..... |
| * Nom, prénom et adresse du 2 <sup>ème</sup> témoin :<br><br>(veuillez compléter entièrement cette rubrique) | Nom : ..... Prénom : .....<br>..... n°.....<br>..... |

SUITE DE LA DECLARATION voir page suivante ....

|                                                                                                                                                     |                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>- Surveillant(s) :</b><br><br>* Nombre de préposé(s) à la surveillance :                                                                         |                                                                                                                      |
| * Nom, prénom, adresse du/des surveillant(s) ou de l'arbitre si championnat interfac de football ou football en salle :<br><br><i>(obligatoire)</i> | 1. Nom : ..... Prénom : .....<br>..... n° .....<br>.....<br>2. Nom : ..... Prénom : .....<br>..... n° .....<br>..... |
| - Nombre de membres ULiège sports présents lors de l'activité sportive :                                                                            |                                                                                                                      |
| - Si l'accident paraît imputable à la faute d'un tiers étranger au personnel de l'Université : nom et adresse de ce tiers :                         |                                                                                                                      |

|                                                                                                                         |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b><u>RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES :</u></b>                                                                          |  |
| - L'accident est-il survenu pendant une activité organisée par un club ou une fédération sportive (non ULiège sports) ? |  |
| - La victime est-elle affiliée à un autre club que le l'ULiège sports ou une fédération ?                               |  |
| - Ce club ou cette fédération est-il assuré ?                                                                           |  |
| - Si oui : nom, n° de police et adresse de la compagnie d'assurance :                                                   |  |

|                                                                                       |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b><u>Incapacité de la victime :</u></b>                                              |  |
| - La victime est-elle en incapacité ?                                                 |  |
| - A partir de quelle date ? Jusqu'au ?                                                |  |
| - La victime est-elle en possession d'un certificat médical complété par le médecin ? |  |
| - Nom, prénom et adresse du médecin ayant rempli le certificat médical :              |  |

Fait à ..... le .....

|                                                                                                                                      |                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| Signature du déclarant :<br>(moniteur, délégué de section<br>ou arbitre si championnat interfac de<br>football ou football en salle) | Signature de la victime : |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|

**NB :** Cette déclaration doit être envoyée dans les 48 heures qui suivent l'accident au secrétariat de l'ULiège sports (Université de Liège, Quartier Village 2, Bâtiment B2b, 4000 Liège).

Un certificat médical doit être rempli par un médecin (document en annexe) et joint à la présente déclaration d'accident.

Dossier : .....

Accident du : .....

Gestionnaire : .....

Tél. : ..... / .....

Nom, prénom et adresse de la victime :

.....

.....

.....

**DOCUMENT A COMPLETER ET SIGNER ET A RENVoyer A**

**Ethias Assurance**  
Service accidents sportifs  
rue des Croisiers 24  
4000 LIEGE

**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 : .....

Numéro d'inscription : .....

Attention : La loi du 09 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 :

.....

.....

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 pas 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 ses arrêtés d'application. Tout renseignement complémentaire peut être obtenu auprès de la Commission de la vie privée.

(n° d'identification 524.689)

Dossier : .....

Accident du : .....

Gestionnaire : .....

Tél. : ..... / .....

Nom, prénom et adresse de la victime :

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

**CERTIFICAT MEDICAL A FAIRE COMPLETER ET A RENVoyer A**

Ethias Assurance, Service accidents sportifs  
rue des Croisiers 24 – 4000 LIEGE

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                         |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 1.  | Nom, prénom (en CARACTERE D'IMPRIMERIE, s.v.p.) et adresse du médecin traitant                                                                                                                                                                                 | .....<br>.....<br>.....                                                 |
| 2.  | Date du 1 <sup>er</sup> examen médical                                                                                                                                                                                                                         | le ... / ... / .....                                                    |
| 3.  | Lésions (indiquer la nature des blessures, les parties du corps atteintes).                                                                                                                                                                                    | .....<br>.....<br>.....                                                 |
| 4.  | Où la victime est-elle soignée ?                                                                                                                                                                                                                               | .....                                                                   |
| 5.  | La victime peut-elle se déplacer ?                                                                                                                                                                                                                             | .....                                                                   |
| 6.  | Durée probable du traitement                                                                                                                                                                                                                                   | .....                                                                   |
| 7.  | Conséquences probables de l'accident                                                                                                                                                                                                                           | .....<br>.....                                                          |
| 8.  | Y a-t-il concours d'un état antérieur (infirmités, maux ou maladies) ?<br>Si oui, lequel ?                                                                                                                                                                     | OUI      NON<br>.....                                                   |
| 9.  | A) Une intervention chirurgicale a-t-elle été pratiquée ?<br><br>Si oui, laquelle, et par qui a-t-elle été pratiquée ?<br><br>B) Une radio de diagnostic et/ou de contrôle a-t-elle été faite ?<br><br>C) Désirez-vous l'intervention d'un autre spécialiste ? | OUI      NON<br>.....<br>.....<br>.....<br>OUI      NON<br>OUI      NON |
| 10. | Observations :                                                                                                                                                                                                                                                 | .....<br>.....                                                          |

Fait à ..... le ... / ... / .....      Signature :