

déclaration d'accident
MÉDI-CONFORT



À retourner à : Ethias, rue des Croisiers 24 à 4000 Liège

1 PRENEUR D'ASSURANCE

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

Date de naissance _____

Nom et prénom du conjoint ou du concubin éventuel _____

Date de naissance _____ Son n° d'affilié _____
s'il est déjà assuré

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

Code postal _____ Localité _____

N° téléphone privé _____ e-mail : _____

GSM _____ N° téléphone employeur _____

Votre numéro de compte _____

Votre numéro de contrat **8.350.646** Date d'effet : _____

2 PERSONNE SOIGNÉE

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

Lien de parenté avec le preneur d'assurance : _____

Lieu de naissance : _____ Date de naissance _____

Nom et adresse de l'hôpital : _____

S'agit-il d'une hospitalisation d'un jour ? oui non

3 OBJET DE LA DEMANDE D'INTERVENTION

Maladie oui non Grossesse - accouchement oui non Accident oui non

4 À COMPLÉTER SI LA DEMANDE D'INTERVENTION EST CONSÉCUTIVE À UN ACCIDENT

Lieu de l'accident (commune, rue et n° s'il y a lieu) : _____

Date de l'accident _____ jour _____ heure _____ h _____

Comment s'est produit l'accident ?
(Description aussi concise et exacte que possible des circonstances de l'accident) : _____

Nom, prénom et adresse complète des principaux témoins de l'accident :
1) _____
2) _____

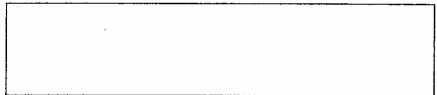
Si l'accident est imputable à la faute d'un tiers, nom et adresse complète de celui-ci : _____

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

Si oui, laquelle ? _____

J'autorise Ethias à traiter les données relatives à la santé me concernant ou concernant la personne soignée

Fait à _____ le _____
Signature du déclarant,



Apposer ici une vignette mutuelle

Ethias Droit Commun - Association d'assurances mutuelles, agréée sous le n° 0165, pour pratiquer les assurances suivantes : accidents, maladie, corps de véhicules terrestres (autres que ferroviaires) et de bateaux, marchandises transportées, autres dommages aux biens, responsabilité civile véhicules automoteurs, bateaux, générale, protection juridique, caution, pertes pécuniaires diverses, assistance (A.R. des 4 et 13 juillet 1979, M.B. du 14 juillet 1979), responsabilité civile et corps de véhicules aériens (A.R. du 23 janvier 1985, M.B. du 2 février 1985) et crédit (A.R. du 3 octobre 1988, M.B. du 11 octobre 1988) - RPM 0402.370.054

Siège social rue des Croisiers 24 B-4000 Liège www.ethias.be info.assurhce@ethias.be

1172-059 • 03/05 Imp

Certificat médical destiné au médecin-conseil d'Ethias

Je soussigné : _____
(nom, prénom et adresse du médecin)

déclare que M _____
(nom, prénom et adresse du patient)

est en traitement depuis le ____ - ____ - _____
date à laquelle l'affection a été constatée pour la première fois

POUR (indication de la nature de l'affection) : _____

doit être hospitalisé ou opéré le ____ - ____ - _____

a été hospitalisé ou opéré le ____ - ____ - _____

POUR (indication de la nature de l'affection. À défaut d'indication, envoi d'un court rapport au médecin conseil d'Ethias) : _____

Codification I.N.A.M.I. : _____

Fait à _____ le _____
Signature du médecin,

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 - B-1000 Bruxelles - fax 02 547 59 75 - info@ombudsman.as
- Commission bancaire, financière et des assurances rue du Congrès 10-16 - B-1000 Bruxelles - tél. 02 220 52 11 - fax 02 220 58 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.