

# accident statement

## SCOUTS & GUIDES PLURALISTES



ethias

To be returned to : Scouts & guides pluraliste  
Avenue de la Porte de Hal 38  
1060 BRUXELLES

CONTRACT # :      4 5 2 6 9 3 0 0

[A] to be filled by registrant

**1 POLICY HOLDER'S IDENTITY**

Scouts & Guides Pluralistes

Region : \_\_\_\_\_

Unit # : \_\_\_\_\_

**Section head**

Last name : \_\_\_\_\_ First name : \_\_\_\_\_  
Mr - Mrs - Miss (delete as appropriate)

Address : \_\_\_\_\_ # : \_\_\_\_\_ Box : \_\_\_\_\_  
street - avenue - boulevard - quay - square - road (delete as appropriate)

Zipcode : \_\_\_\_\_ Locality : \_\_\_\_\_ Country : \_\_\_\_\_

Phone : \_\_\_\_\_

**2 VICTIM'S IDENTITY (in block capitals, please)**

Last name : \_\_\_\_\_ First name : \_\_\_\_\_  
Mr - Mrs - Miss (delete as appropriate)

Birthday : \_\_\_\_\_

Address : \_\_\_\_\_ # : \_\_\_\_\_ Box : \_\_\_\_\_  
street - avenue - boulevard - quay - square - road (delete as appropriate)

Zipcode : \_\_\_\_\_ Locality : \_\_\_\_\_ Country : \_\_\_\_\_

Bank account number : \_\_\_\_\_

**3 LEGAL REPRESENTATIVE IDENTITY (parent, guardian,...)**

Last name : \_\_\_\_\_ First name : \_\_\_\_\_  
Mr - Mrs - Miss (delete as appropriate)

Address : \_\_\_\_\_ # : \_\_\_\_\_ Box : \_\_\_\_\_  
street - avenue - boulevard - quay - square - road (delete as appropriate)

Zipcode : \_\_\_\_\_ Locality : \_\_\_\_\_ Country : \_\_\_\_\_

Bank account number : \_\_\_\_\_

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

**4 THIRD PARTY INVOLVED**

Last name : \_\_\_\_\_ First name : \_\_\_\_\_  
Mr - Mrs - Miss (delete as appropriate)

Address : \_\_\_\_\_ # : \_\_\_\_\_ Box : \_\_\_\_\_  
street - avenue - boulevard - quay - square - road (delete as appropriate)

Zipcode : \_\_\_\_\_ Locality : \_\_\_\_\_ Country : \_\_\_\_\_

**5 THIRD PARTY INSURANCE COMPANY'S NAME**

Name : \_\_\_\_\_ Policy # : \_\_\_\_\_

**6 DATE AND LOCATION OF THE ACCIDENT**

Accident Date : \_\_\_\_\_ Day : \_\_\_\_\_ Time : \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_

**During the activity**  
Location : \_\_\_\_\_

**On the way to the activity**

Moving                       Collective moving

Exact place : \_\_\_\_\_

Transport used : \_\_\_\_\_



## [B] informations request to the injured victims or their parents

- 1) You have suffered of an injury accident for which Ethias is the insurer.  
Upon receipt of the accident statement, you will get your file number.
- 2) The insurance policy provides the reimbursement of the cost care by reference to the INAMI rate for the surplus of the mutual benefits.  
The 9 August 1963's law requires to be affiliated to a mutual. If it's not your case, please give us the reason.
- 3) Doctors and hospitals must claim their payment directly to the patient and issue certificates of care for the mutual.
- 4) On presentation of the refunding document from your mutual, Ethias will reimburse on your bank account the amount of his intervention.
- 5) If the accident related on points 7 and 11 has been caused by one of our insured, we need to know about his liability.

### IMPORTANT

Please complete the following frame or office vignette of your mutual insurance company and sign the demand of authorization relative to the medical data.

Incumbent's name : \_\_\_\_\_

Mutual insurance company's name : \_\_\_\_\_

Registration number : \_\_\_\_\_

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

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 SA « Service 1000 » - Rue des Croisiers 24 - 4000 LIÈGE  
Fax 04 220 39 81 - [gestion-des-plaintes@ethias.be](mailto:gestion-des-plaintes@ethias.be)
- Service Ombudsman Assurances - Square de Meeûs 35 - B-1000 Bruxelles  
Fax 02 547 59 75 - [info@ombudsman.as](mailto:info@ombudsman.as)

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.

I authorize Ethias to treat the medical data concerning myself or my child.

Done in

on

Signature,

