

accident statement
LES SCOUTS



To be returned to :
Les Scouts, rue de Dublin 21 to 1050 BRUSSELS - BELGIQUE
Tel. +32 (0)2 508 12 00 - Fax +32 (0)2 508 12 01

CONTRACT # : 4 5 0 6 1 5 9 0

SCOUTS' REFERENCE : _____

[A] to be filed by registrant

1 POLICY HOLDER'S IDENTITY

Les Scouts asbl - Fédération des Scouts Baden-Powell de Belgique

Region : _____ Section : _____

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 : _____ - _____ - _____

Did you subscribe the complementary insurance number and which terms ?

Terms : I II III IV

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 a 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 65 - gestion-des-plaintes@ethias.be
- Service Ombudsman Assurances - Square de Meeûs 35 - B-1000 Bruxelles
Fax 02 547 59 75 - 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,

