

PROCEDURE A SUIVRE EN CAS D'ACCIDENT

1° Remplir une déclaration d'accident

Se procurer un formulaire de déclaration d'accident, le remplir correctement et complètement **en trois exemplaires**. (Le formulaire doit être disponible auprès du Secrétaire ou du responsable du club visité)

Ce formulaire est également disponible sur le site officiel de notre fédération, à l'adresse suivante :

- 1) (<https://www.frottbf-liege.be/wp-content/uploads/2023/09/FROTTBF-DECLARATION-DACCIDENT-A.C.-2023.pdf>).

Envoyer la déclaration au secrétariat fédéral qui fera suivre pour ouvrir le dossier.
(+ une copie pour le secrétariat de votre province, pour l'affilié et pour son club)
Ensuite, la compagnie d'assurance traitera en direct avec le patient déclarant.

2° Se rendre chez le dispensateur de soins

Au moment des soins, demander au médecin une attestation de soins donnés qui atteste la nature de la blessure. Sur cette attestation doit figurer la date exacte, le cachet et la signature du médecin.

3° Se rendre dans une pharmacie (si besoin en est)

Chez le médecin, conserver les tickets et demander un reçu en stipulant que cela est destiné à une compagnie d'assurance. Bien signaler qu'il s'agit d'un remboursement suite à un accident !!

Tous papiers concernant l'accident (Visite chez le médecin, soins divers, traitements) doivent obligatoirement être rentrés sans délais **auprès de la compagnie d'assurance**.

Que faire lorsqu'on reçoit des factures concernant les soins reçus ?

1. Payer les factures au moyen du bulletin de versement qui généralement accompagne les documents.
2. Rentrer le **document vert à votre mutuelle** et demandeur une attestation de coût pour la partie « Ticket modérateur » de la facture des soins reçus.
3. Faire une copie de la facture et rentrer l'original à la compagnie d'assurance.
4. Utiliser le document adéquat qui se retrouve sur le site dans les imprimés.

<http://www.frottbf.com/graphics/formulr/RembSinistre.pdf>

Communiquer le numéro de compte auquel doit être effectués les remboursements.

5. Un mot signifiant que le dossier peut ou ne peut pas être clôturé **est à envoyer à la compagnie d'assurance**.

Lorsque le dossier est complet, il n'y a jamais de problème avec la compagnie d'assurance.

Lorsqu'il manque un document, la compagnie d'assurance peut refuser l'indemnisation.

Lorsque l'accident ne donne pas de suite médicale et ne nécessite pas de soins, merci de signaler à la compagnie d'assurance.

Conseils : Faites bien une copie des documents que vous enverrez à la compagnie d'assurance.

Une fois le dossier ouvert, le dossier est traité en direct entre le membre-déclarant et la compagnie d'assurance !

EXPLICATIONS CONCERNANT L'ASSURANCE ARENA

Par activités couvertes, il faut entendre les activités du preneur d'assurance et de ses clubs (pratique, préparation, organisation, administration, ...) telles que décrites dans les conditions particulières.

Lorsque les activités sont organisées par le preneur d'assurance ou par les clubs affiliés chez lui dans le cadre des activités fédérales ou du club, sont compris dans l'assurance : les championnats, compétitions, matchs amicaux et autres, tournois, entraînements, démonstrations, organisées à l'intention des membres du preneur d'assurance, aussi bien en Belgique qu'à l'étranger.

Il faut entendre par accident : un événement soudain, dont la cause est étrangère à l'organisme de la victime et qui provoque une lésion corporelle ou le décès.

La couverture « accident corporels » n'est accordée qu'aux membres affiliés à la fédération

Accidents corporels

<u>Décès</u> :	10.000€
<u>Invalité Permanente</u> :	35.000€
<u>Indemnité Journalière</u> :	10€ par jour à partir du jour suivant l'accident et durant les 2 années consécutives.

Pour autant qu'il soit prouvé qu'il existe, d'une part, une perte de revenus professionnels et que, d'autre part, il n'existe aucun droit aux indemnités en vertu de la législation relative à l'assurance maladie-invalidité obligatoire, sans toutefois dépasser le montant assuré.

Frais de traitement

En cas de non-intervention de la mutualité, la compagnie rembourse le montant repris au barème de l'INAMI.

En cas d'intervention de la mutualité, la compagnie compense la différence entre l'intervention de la mutuelle et le tarif de l'INAMI.

Frais de prothèses dentaires	150€ max. par dent 600€ max. par accident
Frais funéraires	1.500€ (Montant forfaitaire)

Conformément à l'art. 12 des conditions générales

– Durée : 156 semaines

– Franchise : Néant.

Responsabilité Civile

Accidents Corporels	2.500.000€ par victime 5.000.000€ par sinistre
Dégâts matériels	625.000€

ATTENTION : En cas d'accident de joueurs non affiliés, la responsabilité du secrétaire du club est engagée.