

Nom, prénom et adresse victime:

DOSSIER-N°

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

Accident du:

**DOCUMENT A COMPLETER ET A SIGNER PAR LA VICTIME OU SES PARENTS**

**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

□□□ - □□□□□□□□ - □□

|   |
|---|
| <p>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 par elle ou par NRB, Parc des Hauts-Sarts à 4040 Herstal.</p> <p>Les personnes concernées ont accès aux données et peuvent en obtenir la rectification éventuelle conformément à la loi du 08 décembre 1992 et à ses arrêtés d'application. Tout renseignement complémentaire peut être obtenu auprès de la Commission de la protection de la vie privée. (n° d'identification 524.689)</p> |
|---|