

Déclaration des dégâts médicaux et non-médicaux

Numéro de police: GBC9767

Numéro du dossier de réclamation: (réservé à l'assurance)

A compléter par l'assuré (le blessé, le malade) ensemble avec (a)DAL

Information

Nom et prénom: Numéro de tél:.....

L'adresse et pays:

E-mail:

Numéro d'accréditation chez SO2014:

Compte bancaire: IBAN:..... BIC:

Nom DAL (Délégation Assistant Liaison):

Problème

Survenu ou constaté le .. / .. / (DD/MM/AAAA) à .. : .. (hh:mm)

Survenu ou constaté pendant: (marquez)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cérémonie d'ouverture | <input type="checkbox"/> Antwerp Expo |
| <input type="checkbox"/> Cérémonie de clôture | <input type="checkbox"/> Badminton |
| <input type="checkbox"/> Host Town Program | <input type="checkbox"/> Bocce |
| <input type="checkbox"/> Olympic Village | <input type="checkbox"/> Judo |
| <input type="checkbox"/> Brussels International Airport | <input type="checkbox"/> Tennis de table |
| <input type="checkbox"/> Transport: de vers..... | <input type="checkbox"/> AAC |
| <input type="checkbox"/> Balendijk | <input type="checkbox"/> Wezenberg |
| <input type="checkbox"/> cyclisme | <input type="checkbox"/> Natation |
| <input type="checkbox"/> Den Uyt | <input type="checkbox"/> Het Rooi |
| <input type="checkbox"/> Athlétisme | <input type="checkbox"/> Basketball |
| <input type="checkbox"/> Gymnastique | <input type="checkbox"/> Football |
| | <input type="checkbox"/> Autres: |

Fonction au moment du problème: (marquez)

- Athlète Superviseur Spectateur Volontaire

Problème non-médical:

Description:

.....
.....

Montant des dommages: (ajoutez le compte)

Problème médical:

Accident / maladie (encerchez la bonne réponse)

Circonstances:

La Croix Rouge a déjà offert de l'aide concernant cette déclaration: oui / non (encerchez la bonne réponse)

Montant des dommages si connus (*) (ajoutez les attestations originales)

Date et signature

.....

DECLARATION DEGATS MEDICAUX ET NON-MEDICAUX

A great performance
deserves a great audience



A remplir par le fournisseur des soins de santé en cas de problèmes médicaux

Genre et identification du fournisseur des soins de santé

Docteur

Nom:

N° l'INAMI :

Dentiste

Nom:

N° l'INAMI :

Pharmacien

Nom:

Adresse:

Autre

Nom:

Adresse:

En cas de traitement par un docteur ou un dentiste

Etablissement de soins:

- ZNA Antwerpen
- AZ Heilig Hart Mol
- Bâtiment médical Olympic Village
- Autre:

Diagnostique:

.....

Traitement:

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

Invalidité de sport jusqu'à : . . / . . / (DD/MM/AAAA)

Invalidité de travail jusqu'à : . . / . . / (DD/MM/AAAA)

(*)ATTENTION:

- 1) Il faut toujours ajouter les attestations ou les documents justificatifs originaux, à cette déclaration quand le compte a déjà été payé soi-même. En cas d'accident ou de maladie, il faut aussi remplir la rubrique "à remplir par le fournisseur de soins". Veuillez envoyer ce formulaire d'urgence via votre DAL De Europese, Tweekerkenstraat 14, B-1000 Brussel ou par fax +32 (0)2 218 77 62 ou par mail specialolympics@europese.be.
Pour plus d'informations formez le numéro +32 (0)2 220 34 11.
- 2) Les hôpitaux de AZ Mol en d'Anvers présenteront les frais médicaux directement aux assureurs. Les assurés belges doivent présenter la facture de leurs frais médicaux à leur mutualité en ils doivent présenter aussi les documents justificatifs de leur ticket modérateur à la compagnie d'assurances de SO2014.