

## FORMULAIRE DE DECLARATION "ACCIDENT CORPOREL"

*Veillez transmettre le formulaire à l'adresse suivante :*

**S.A. ARENA - RUE DES DEUX EGLISES 14 - 1000 BRUXELLES**

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE CLUB ET / OU VOTRE FEDERATION

Police n° **A.C. 1.119.441**  
**R.C. 1.119.442**

**LIGUE FRANCOPHONE DE HOCKEY asbl**  
( L.F.H. - c/10.700 )



Dénomination de votre club .....

Nom et adresse du responsable du club .....

Tél. n° / GSM ..... E-mail .....

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME

Nom .....

Prénom .....

Adresse .....

Date de naissance   /   /    M ☐ F ☐ Profession .....

Membre du club depuis le   /   /   N° carte de membre fédérale .....

Au moment de l'accident vous étiez : ☐ pratiquant ☐ officiel ☐ arbitre ☐ spectateur  
☐ autre : .....

IBAN N°             BIC N°

E-mail .....

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT

Date de l'accident   /   /    Jour ..... Heure .....

Lieu de l'accident .....

Description de l'accident (causes, circonstances, suites)

Croquis (à ajouter s'il s'agit d'un accident de circulation)

.....

.....

.....

**En ce qui concerne les lésions corporelles, veuillez faire remplir le certificat médical ci-joint par votre médecin.**

Pendant quelle sorte d'activité l'accident a-t-il eu lieu ? ☐ Entraînement ☐ Match / Compétition officielle

☐ Match / Compétition amicale ☐ Couverture "Risques temporaires" souscrite séparément ☐ Autre : .....

☐ Pendant la participation à une activité organisée par le club ☐ Sur le chemin aller/retour d'une activité du club

☐ Pendant la participation à une activité sans aucun lien avec le club ☐ Moyen de transport utilisé .....

## TEMOIGNAGES

Noms et adresses des témoins de l'accident :

[illegible]

Pour les accidents survenus lors d'un match ou compétition de club :

Nom de l'adversaire (club) .....

Nom de l'arbitre .....

### DONNEES CONCERNANT LA RESPONSABILITE

L'accident est-il imputable à un autre assuré ? ☐ oui ☐ non

Si oui, son nom et adresse .....

Age \_\_\_\_\_

Y a-t-il eu constat par une autorité verbalisante ? ☐ oui ☐ non

Si oui, laquelle ? .....

Eventuellement, n° du procès-verbal .....

## DECLARATION DONNEES MEDICALES

Nous vous prions de bien vouloir compléter la rubrique ci-dessous ou d'y apposer une vignette de votre mutualité, ainsi que de signer la déclaration relative aux données médicales.

[illegible]

Organisme assureur

N° d'inscription

***"En vue d'une gestion efficace de mon dossier, et uniquement à cet effet, je donne autorisation au traitement des données médicales me concernant relatives à l'accident dont j'ai été victime."***  
(article 7 de la loi du 08.12.1992 - Protection de la Vie Privée)

Fait à ..... En date du .....

SIGNATURE RESPONSABLE DU CLUB	SIGNATURE VICTIME
	<i>qui cependant confirme son accord formel par rapport à la susdite déclaration concernant ses données médicales</i>

Nous gérons votre dossier pour compte de la compagnie : S.A. NATIONALE SUISSE (0124)

**Souhaitez-vous de plus  
amples renseignements ?**

**arena@arena-nv.be**

**www.arena-nv.be**

**S.A. ARENA - Rue des Deux Eglises 14 - 1000 Bruxelles**

FSMA n° 10.365 / 0449.789.592

**Tel. 02/512 03 04**

**Fax 02/512 70 94**

**Tel. 02/512 03 04**  
**Fax 02/512 70 94**  
**02 512 789 592**

*à remplir par le médecin***CERTIFICAT MEDICAL**

1) Nom du médecin .....

Adresse .....

Tel. n° ..... E-mail .....

2) Nom de la victime .....

Adresse .....

3) Date de l'accident   /   /    4) Date et heure à laquelle vous avez examiné la victime   /   /     à   .   hrs.5) Quelle est la nature des lésions encourues et quelles parties du corps ont été touchées ?  
.....  
.....  
.....> S'agit-il d'une lésion due à un traumatisme aigu ? ☐ oui ☐ non> Y a-t-il une anamnèse ? ☐ oui ☐ non> La lésion peut-elle être due à ou être influencée par un processus progressif ou une prédisposition ? ☐ oui ☐ non

&gt; Remarques : .....

6) Durée prévue du traitement .....

7) La victime est-elle totalement ou partiellement incapable d'exercer ses activités normales ? ☐ oui ☐ non

&gt; Totalement pendant ..... jours.

&gt; Partiellement pendant ..... jours.

8) Estimez-vous que l'intervention d'un radiologue ou d'un spécialiste est indispensable ? ☐ oui ☐ non

&gt; Si oui, laquelle ? .....

9) L'accident entraînera-t-il une incapacité permanente ou peut-on espérer le rétablissement complet ?  
.....**ANTECEDENTS**10) La victime était-elle antérieurement à l'accident mutilée ou atteinte d'une infirmité ou d'une maladie ?  
.....11) L'anamnèse révèle-t-elle que dans le passé la victime a déjà eu un accident ou présenté des symptômes ayant ou non donné lieu au traitement des lésions du même type de celles que vous avez constatées actuellement ?  
.....

S'agit-il éventuellement d'une récurrence ? .....

Fait à .....

*Signature et cachet du médecin*En date du   /   /