

FORMULAIRE DE DECLARATION "ACCIDENT CORPOREL"

Veuillez 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

Tel. 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

pratiquant officiel arbitre spectateur

Au moment de l'accident vous étiez : 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 ? Entrainement 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 :

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

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

oui non

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

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.

Nom du titulaire Prénom

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 gérions 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
FSMA n° 10.365 / 0449.789.592

Tel. 02/512 03 04
Fax 02/512 70 94
14 - 1000 Bruxelles

info

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

➤ Remarques :

6) Durée prévue du traitement

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

➤ Totalement pendant jours.

➤ Partiellement pendant jours.

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

➤ 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 récidive ?

Signature et cachet du médecin

Fait à

En date du / /