arena
YOUR COACH IN SPORTS INSURANCE
Partner of Nationale Suisse

FORMULAIRE DE DECLARATION "ACCIDENTS CORPORELS"

Veuillez transmettre le formulaire à l'adresse suivante : S.A. ARENA - RUE JOSEPH II 36-38 - B-1000 BRUXELLES

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE CLUB ET / OU VOTRE FEDERATION

Police n° 1 1 2 0 9 5 0 Dénomination de votre fédération: AWBB (Ass Wallonie Bruxelles Basket Ball)

Dénomination de votre club .RCS Natoye Basket Ball (0466)

Nom et adresse du responsable du club Ligot Thierry
Rue de l'Avenir 1, 5360 Natoye
Tel. n° / GSM 0476/75.02.28 E-mail secretaire@rcsnatoye.be

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'âgit 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
☐ Pendant la participation à une activité sans aucun lien avec le club

☐ Sur le chemin aller/retour d'une activité du 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 .....

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

Si oui, laquelle ? .....

Eventuellement, n° du proces-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
	qui cependant confirme son accord formel par rapport à la susdite déclaration concernant ses données médicales

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

Souhaitez-vous de plus amples renseignements ?

arena@arena-nv.be **Tel. 02/512 03 04**
www.arena-nv.be **Fax 02/512 70 94**
S.A. ARENA - Rue Joseph II 36-38 - 1000 Bruxelles

C.B.F.A. n° 10.365 / 0449.789.592

FEDERATION : AWBB (Ass Walonnie Bruxelles Basket Ball) CLUB : RCS Natoye BasketBall (matricule 0466)	NOUVELLE DECLARATION	DOSSIER EXISTANT Dossier n° : .....

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'âgit-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 entrainera-t-il une incapacité permanente ou peut-on espèrer le rétablissement complet ?

.....

A N T E C E D E N T S

10) La victime était-elle antérieurement à l'accident mutiliée 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 ? .....

Fait à .....

En date du ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Signature et cachet du médecin