arena
YOUR COACH IN SPORTS INSURANCE

FORMULAIRE DE DECLARATION « ACCIDENTS CORPORELS »

Veuillez transmettre le formulaire au secrétariat de votre fédération à l'adresse suivante :
L E W B asbl - Rue de la Pichelotte, 11 - B-5340 GESVES - Tél. : 083/23 40 72

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE CLUB ET / OU VOTRE FÉDÉRATION

Police n° **A.C. 1.116.400** **R.C. 1.116.401**

LIGUE ÉQUESTRE WALLONIE BRUXELLES asbl

L.E.W.B. A.s.b.l. Ligue Équestre Wallonie Bruxelles

Dénomination de votre club

Activité pratiquée

Nom et adresse du responsable du club

N° Licence responsable

Tel. n° / GSM E-mail

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME

Nom

Prénom

Adresse Rue N°

Ville CP Boite

Date de naissance M ☐ F ☐

Au moment de l'accident vous étiez : ☐ Pratiquant ☐ Officiel ☐ Spectateur ☐ Enseignant

N° de compte bancaire E-mail

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT

Date de l'accident Jour Heure

Lieu de l'accident

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

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

Moyen de transport utilisé :

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.

TÉMOIGNAGES

Nom et adresse des témoins de l'accident :

....

....

....

Si l'accident n'a pas eu de témoin, nom et adresse des témoins de l'état du blessé et de ses plaintes immédiatement après l'accident

.....

DONNÉES CONCERNANT LA RESPONSABILITÉ

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

Si oui, son nom – prénom .....

et adresse .....

..... Age ..... ans

L'accident est-il dû à une défectuosité des installations ? ☐ oui ☐ non

Si oui, veuillez préciser svp .....

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

Si oui, laquelle ? .....

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

DÉCLARATION DONNÉES MÉDICALES

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 RÉSPONSABLE DU CLUB	SIGNATURE DE LA VICTIME
	qui cependant confirme son accord formel par rapport à la susdite déclaration concernant ses données médicales

Nous gérons votre dossier pour compte des compagnies : NATIONALE SUISSE (0124) / AIG-Belgium (0976)

Souhaitez-vous de plus amples renseignements ?

arena@arena-nv.be
www.arena-nv.be

Tel. 02/512 03 04
Fax 02/512 70 94

S.A. ARENA – Rue Joseph II 36-38 – 1000 Bruxelles
C.B.F.A. n° 10.365 / BE 0449.789.592

info

FÉDÉRATION : **LIGUE ÉQUESTRE WALLONIE BRUXELLES asbl**	NOUVELLE DECLARATION	DOSSIER EXISTANT
CLUB :		Dossier n° : .....
	à remplir par le médecin	

CERTIFICAT MÉDICAL

1) Nom du médecin .....

Adresse .....

Tel. n° / GSM |_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_| 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
- Remarque : .....

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 espérer le rétablissement complet ?

.....

ANTÉCÉDENTS

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 |_|_| |_|_| |_|_|_|_|