arena
YOUR COACH IN SPORTS INSURANCE
Part of The StarStone Group

FORMULAIRE DE DECLARATION "ACCIDENTS CORPORELS"

Veuillez transmettre le formulaire au secrétariat de votre fédération à l'adresse suivante :
FEDERATION FRANCOPHONE DE KIN-BALL asbl - Rue des Prémontrés 12 - B-4000 LIEGE

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE CLUB ET / OU VOTRE FEDERATION

Police n° **A.C. 1.120.748** **Fédération Francophone de Kin-Ball asbl**

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° de matricule .....

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 ☐ Compétition officielle
☐ 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'une 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 : StarStone Insurance (Europe) AG

Souhaitez-vous de plus amples renseignements ?

arena@arena-nv.be
www.arena-nv.be
S.A. ARENA - Avenue des Nerviens 85 bte 2 - 1040 Bruxelles
FSMA n° 10.365 / 0449.789.592

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

FEDERATION : **Fédération Francophone de Kin-Ball asbl - A.C. 1.120.748** CLUB :	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 ? .....

Signature et cachet du médecin

Fait à .....

En date du ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐