

## FORMULAIRE DE DECLARATION "ACCIDENTS CORPORELS"

Veuillez transmettre le formulaire au secrétariat de votre fédération à l'adresse mail suivante :

**comptable.lbftd@gmail.com**

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

Polices n° **A.C. 1.119.916**  
**R.C. 1.119.917**

**LIGUE BELGE FRANCOPHONE DE  
TRIATHLON ET DUATHLON 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'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  Compétition officielle

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'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
	<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 – Av. des Nerviens 85 bte 2 – 1040 Bruxelles

FSMA n° 10.365 / 0449.789.592

Tel. 02/512 0304

Fax 02/512 70 94

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 ?  
 .....  
 .....  
 .....

Y S'agit-il d'une lésion due à un traumatisme aigu ?  oui  non  
 Y Y a-t-il une anamnèse ?  oui  non  
 Y La lésion peut-elle être due à ou être influencée par un processus progressif ou une prédisposition ?  oui  non  
 Y Remarques : .....

6) Durée prévue du traitement .....

7) La victime est-elle totalement ou partiellement incapable d'exercer ses activités normales ?  oui  non  
 Y Totalement pendant ..... jours.  
 Y Partiellement pendant ..... jours.

8) Estimez-vous que l'intervention d'un radiologue ou d'un spécialiste est indispensable ?  oui  non  
 Y Si oui, laquelle ? .....

9) L'accident entrainera-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 .....  
 En date du  /  /

*Signature et cachet du médecin*