déclaration d'accident

FEDERATION DE VOLLEYBALL WALLONIE-BRUXELLES

ethias ASSURANCE

À retourner à : Fédération de volleyball de Wallonie-Bruxelles ASBL,

Rue de Namur, 84 - 5000 BEEZ

N° DE CONTRAT : 4 5 0 3 9 0 9 6

[A] à compléter par le déclarant

1 DÉNOMINATION PRÉCISE DU CLUB OÙ LA VICTIME EST AFFILIÉE

Nom du club : .....

Nom du responsable : .....
M. - Mme - Mlle (biffer les mentions inutiles). Femme mariée ou veuve : nom de jeune fille

Adresse : ..... N° : ..... Bte : .....
rue - avenue - boulevard - quai - place - chaussée (biffer les mentions inutiles)

Code postal : ..... Localité : .....

2 IDENTITÉ DE LA VICTIME (en caractères d'imprimerie, s.v.p.)

N° affiliation : .....

Nom : ..... Prénom : .....
M. - Mme - Mlle (biffer les mentions inutiles). Femme mariée ou veuve : nom de jeune fille

Date de naissance : .. - .. - ..... N° de registre national : ..... - ... - ..

Adresse : ..... N° : ..... Bte : .....
rue - avenue - boulevard - quai - place - chaussée (biffer les mentions inutiles)

Code postal : ..... Localité : ..... Pays : .....

Numéro de compte : ... - ..... - ..

3 IDENTITÉ DU REPRÉSENTANT LÉGAL (parent, tuteur,...)

Nom : ..... Prénom : .....
M. - Mme - Mlle (biffer les mentions inutiles). Femme mariée ou veuve : nom de jeune fille

Numéro de compte : ... - ..... - ..

Profession : .....

4 OCCUPATION DE LA VICTIME AU MOMENT DE L'ACCIDENT

◯ Joueur ◯ Arbitre ◯ Délégué ◯ Officiel ◯ Spectateur ◯ Autres : .....

5 DATE ET LIEU DE L'ACCIDENT

Date de l'accident : .. - .. - ..... Jour : ..... Heure : .. h ..

Endroit précis (nom du club où l'accident a eu lieu) : .....

6 DESCRIPTION DE L'ACCIDENT (causes, circonstances, conséquences et/ou dommages occasionnés)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ETHIAS SA rue des Croisiers 24 4000 LIÈGE www.ethias.be info@ethias.be

Entreprise d'assurances agréée sous le n° 0196 pour pratiquer toutes les branches d'assurances Non Vie, les assurances sur la vie, les assurances de nuptialité et de natalité (AR des 4 et 13 juillet 1979, MB du 14 juillet 1979) ainsi que les opérations de capitalisation (Décision CBFA du 9 janvier 2007, MB du 16 janvier 2007).

RPM Liège TVA BE 0404.484.654 Compte Ethias Banque : 827-0821680-86 IBAN : BE78 8270 8216 8086 BIC : ETHIBEBB

1172-023 • 10/09

[C] certificat médical

1) Nom et prénom du médecin traitant : (en caractères d'imprimerie s.v.p.)

Adresse du médecin traitant :

2) Nom et prénom de la victime :

Adresse de la victime :

3) Date de l'accident : - -

4) Date et heure du premier examen médical : - - h

5) Lésions : (indiquer la nature des blessures, les parties du corps atteintes)

6) Où la victime est-elle soignée ?

7) La victime peut-elle se déplacer ? ◯ Oui ◯ Non

8) Durée probable du traitement :

9) Conséquences probables de l'accident :

Incapacité temporaire totale de travail ..... jours, soit du - au - -

Incapacité temporaire partielle de travail ..... jours, soit du - au - - à ..... %

Prévoyez-vous une guérison complète ? ◯ Oui ◯ Non

10) Estimez-vous que la lésion constatée peut avoir eu pour cause l'accident relaté à la rubrique 6 ? ◯ Oui ◯ Non

11) Y a-t-il concours d'un état antérieur (infirmités, maux ou maladies) ? ◯ Oui ◯ Non

Si oui, lequel ?

12) A. Une intervention chirurgicale a-t-elle été pratiquée ? ◯ Oui ◯ Non

Si oui, laquelle ?

Dans quel établissement et par quel chirurgien ?

B. Une radiographie de diagnostic et/ou de contrôle a-t-elle été faite ? ◯ Oui ◯ Non

Par quel radiologue ?

C. Désirez-vous l'intervention d'un spécialiste ? ◯ Oui ◯ Non

13) Observations :

Fait à le

Signature,