

FORMULAIRE DE DECLARATION "ACCIDENTS CORPORELS"

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

LFKBM²O - S.A. Arena – Mme Anne-Sophie Van Dionant Avenue des Nerviens 85 bte 2 1040
Bruxelles - mail : anne-sophie.vandionant@arena-nv.be

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE CLUB ET / OU VOTRE FEDERATION

Police n° : **A.C. 1.120.202**
R.C. 1.120.203

**WALLONIA KICKBOING MUAYTHAI
& MMA ORGANISATION**



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° 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'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 ☐ Match / Compétition officielle

☐ Match / 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'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
	<i>qui cependant confirme son accord formel par rapport à la susdite déclaration concernant ses données médicales</i>

Nous gèrons votre dossier pour compte de la compagnie : S.A. NATIONALE SUISSE (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 des Deux Eglises 14 - 1000 Bruxelles

FSMA n° 10.365 / 0.449.789.592

Tel. 02/512 03 04

Fax 02/512 70 94



