

FORMULAIRE DE DECLARATION "ACCIDENTS CORPORELS"

Veuillez 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

WALLONIA KICKBOING MUAYTHAI

K	LFKBMO LEULPRONCONCUE ESI EKZ-GUZAGO PANOTYOZI A CINCEPLARS ANIMARIS	4

R.C. 1.120.203	& MMA ORGANISATION	LIGHET PROCODENSES (IL CECT - POLICIA) PRIATE PROJECT A CONCEPTION A ASSEMBLES
Dénomination de votre club		
Nom et adresse du responsable du club		
Tel. n°/GSM	E-mail	
RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTI	ME	
Nom		
Prénom		
Adresse		
Date de naissance / / / / /	M F Profession N° carte de membre fédérale	
pratiqu		
Au moment de l'accident vous étiez		'
	BIC N° [
E-mail		
RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDE	ENT	
TENSEIGNEMENTS CONCERNANT E ACCIDE		
Date de l'accident / /	Jour H	eure
Lieu de l'accident		
Description de l'accident (causes, circonstances	•	
Croquis (à ajouter s'il s'âgit d'un accident de circu	ılation)	
·····		
······		
En ce qui concerne les lésions corporelles, vel	uillez faire remplir le certificat médical ci-i	ioint nar votre médecin
Pendant quelle sorte d'activité l'accident a-t-il eu li		pétition officielle
☐ Match / Compétition amicale ☐ Couverture "I		·
Pendant la participation à une activité organise	I I Out le Chemin allei/retour	d'une activité du club
Pendant la participation à une activité sans au 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 c	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-des que de signer la déclaration relative aux données médicales.	sous ou d'y apposer une vignette de votre mutualité, ainsi				
Nom du titulaire	Prénom Prénom				
Organisme assureur					
N° d'inscription					
"En vue d'une gestion efficace de mon dossier, et unique des données médicales me concernant relatives à l'accident de la loi du 08.12.1992 - Protection de la Vie Prive	dent dont j'ai été victime."				
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 gèrons 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 - Rue des Deux Eglises 14 - 1000 Bruxelles
FSMA n° 10.365 / 0.449.789.592

FEDERATION: LFKBMO - A.C. no 1.120.202

CLUB:

NOUVELLE **DECLARATION**

DOSSIER	EXISTANT
Dossier n°	

à remplir par le médecin

	, 10 11100	
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 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 oui	☐ non
➤ Y a-t-il une anamnèse ?	oui oui	\square non
> La lésion peut-elle être due à ou être influencée par un processus progressif ou une prédisposition ?	oui oui	\square non
➤ Remarques :		
6) Durée prévue du traitement		
7) La victime est-elle totalement ou partiellement incapable d'exercer ses activités normales ?	oui oui	non
> Totalement pendant jours.		
> Partiellement pendant jours.		
B) Estimez-vous que l'intervention d'un radiologue ou d'un spécialiste est indispensable ?	oui oui	☐ non
➤ Si oui, laquelle ?		
9) L'accident entrainera-t-il une incapacité permanente ou peut-on espèrer le rétablissement complet ?		
ANTECEDENTS		
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 symptôme donné lieu au traitement des lésions du même type de celles que vous avez constatées actuellement ?	es ayant	ou non
S'agit-il éventuellement d'une récidive ?		
Fait à Signature et cachet du méde	cin	