

déclaration d'accident

L.B.F.R.



Ligue Belge
Francophone de Rugby

ethias
ASSURANCE

Veuillez envoyer cette déclaration directement au secrétaire du club auquel vous êtes affilié

N° DE CONTRAT : 4 5 0 4 6 4 3 4

[A] à compléter par le déclarant

1 IDENTITÉ PRÉCISE DU CLUB

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

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 ____
 Pendant l'activité du club précité
Endroit précis : _____
 Sur le chemin de l'activité
 Déplacement individuel Déplacement collectif
Endroit précis : _____
Moyen de locomotion utilisé : _____

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7 COMPLÉTER CETTE CASE SI UNE AUTRE PARTIE EST IMPLIQUÉE DANS L'ACCIDENT

- S'agit-il d'un tiers assuré ? Oui Non
- S'agit-il d'un tiers étranger ? Oui Non
- Coordonnées du tiers
 Nom : Prénom :
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 : Pays :
 Compagnie d'assurance : N° de police :
- Y a-t-il un autre tiers impliqué dans l'accident ? Oui Non
- L'accident est-il dû à une défectuosité des installations ? Oui Non
 Si oui, à préciser :
- Y a-t-il eu constat par une autorité verbalisante ? Oui Non
 Si oui, laquelle ?

8 TÉMOIGNAGES

A. Nom et adresse du témoin de l'accident :
 Nom : Prénom :
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 : Pays :

B. Si l'accident n'a pas eu de témoin, nom et adresse du témoin de l'état du blessé et de ses plaintes immédiatement après l'accident :
 Nom : Prénom :
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 : Pays :

S'il y a d'autres témoins (A ou B) vous pouvez nous communiquer leurs coordonnées sur document séparé.

C. À défaut de témoin A. et B., quand et par qui avez-vous eu connaissance de l'accident ?

.....

9 SURVEILLANCE

- Était-elle exercée par un délégué de la fédération sportive organisatrice ou du club assuré ? Oui Non
 Si oui, par qui ?
 Nom : Prénom :
 Adresse : N° : Bte :
 Code postal : Localité : Pays :

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, _____