

déclaration d'accident

ASSURANCE ACCIDENTS CORPORELS



o ATTENTION !

CE DOCUMENT EST À RENVOYER DANS LES 6 JOURS OUVRABLES APRÈS L'ACCIDENT PAR EMAIL OU PAR COURRIER POSTAL SANS ANNEXE AU :

Secrétariat Général LFBB
Rue de l'Hôpital 5
1420 Braine-l'Alleud
Email : secretariat@lfbb.be

DOSSIER N° : _____

[A] à compléter par le déclarant

1 IDENTITÉ DU PRENEUR D'ASSURANCE

LIGUE FRANCOPHONE BELGE DE BADMINTON

Rue de l'Hôpital 5
1420 Braine-l'Alleud

Tél. : +32 492 11 96 29
N° de contrat : 45.346.606

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° registre national : _____

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

Code postal : _____ Localité : _____ Pays : _____

E-mail : _____

N° de téléphone : _____ Numéro de compte : _____

Occupation de la victime au moment de l'accident

Joueur Arbitre Délégué Officiel Spectateur Autres : _____

Identité du représentant légal (parent, tuteur,...)

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 : _____

N° de téléphone : _____ Numéro de compte : _____

Profession : _____

3 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 : _____

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

5 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 ? _____

6 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 ? _____

7 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 : _____

8 INFORMATIONS OBLIGATOIRES POUR LA LFBB

Numéro d'affiliation : _____

Fait à

le

Signature du responsable du Club,

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

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 4 ? 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 : _____

INFORMATIONS OBLIGATOIRES POUR LA LFBB

Incapacité temporaire sportive _____ jours, soit du _____ au _____

Fait à

le

Signature,