

INDICATIONS GENERALES SUR L'ACCIDENT POL. 99.087.437-438 et 99.088.056-57

1. Renvoyer la présente déclaration endéans les 10 jours à CONCORDIA NV, Stapelplein 28 à 9000 Gent (tél. 09.264.11.11)
2. Les frais médicaux seront remboursés de la manière suivante: pour les assurés bénéficiant de l'intervention de la mutuelle: la différence entre les montants des tarifs INAMI pour les soins concernés et l'intervention de la mutuelle (franchise de 25 €).
3. La déclaration d'accident doit uniquement être utilisée en cas d'accident durant des activités V.V.W.- Recrea

IDENTITE DE LA VICTIME

Nom: _____ Prénom: _____
Profession: _____ Date de naissance: _____
Adresse: _____ Code post.: _____ Commune: _____
Tél: _____

INFORMATIONS CONCERNANT L'ACCIDENT

Date: _____ Heure: _____ Lieu: _____
Identité des témoins de l'accident (nom, adresse, téléphone) _____
Causes et circonstances de l'accident: _____

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

| | |
|--|--------------|
| 1. Auprès de quelle fédération êtes vous affilié? (barrer ce qu'il n'est pas d'application) | V.V.W. LAZEF |
| 2. Vous exercez quel genre de sport auprès de cette fédération? | |
| 3 Avez-vous participé à titre de non-licencié à une organisation V.V.W. - Recrea (licence 1 jour)? Quel genre de sport et auprès de quelle Fédération? | Non Qui |
| 4. Avez-vous participé en tant que non-licencié à une activité promotionnelle du sport ? | |
| 5. La victime bénéficie-t-elle de l'assurance "Maladie et Invalidité" (Mutuelle) appointé ou indépendant (petits risques ou uniquement gros risques) Nom et adresse de la mutuelle: _____ | |

Fait à _____
le _____

ATTESTATION D'UN DIRIGEANT RESPONSABLE DU CLUB

Signature de la victime,

Je Soussigné _____
agissant au nom de _____
dans la fonction de _____
certifie que l'accident s'est déroulé au cours des activités organisées
sous l'accord de V.V.W. - Recrea

Fait à: _____ le _____
Signature,