



MODIFICATIONS GÉNÉRALES EN CAS D'ACCIDENT

POLICE 99 664 990

1. Envoyer la déclaration à federations@ag.be ou par courrier à CONCORDIA NV, Sassevaartstraat 46/301 à Gand
2. Les frais de soins médicaux seront remboursés comme suit:
 - pour les assurés bénéficiant de l'intervention d'une mutualité: 150 % de la différence entre les tarifs RIZIV pour les soins en question et l'intervention de la mutualité
 - pour les frais médicaux non inclus dans les tarifs RIZIV = jusqu'à un max. 500 € par accident
3. Déclaration d'accident à n'utiliser que pour les accidents survenus lors d'activités VVW

IDENTITÉ DE LA VICTIME

Nom: _____ Prénom: _____
Numéro de compte bancaire: BE _____ Date de naissance: _____
Adresse: _____ Code postal: _____ Commune: _____
Tél: _____ E-mail: _____

INFORMATIONS CONCERNANT L'ACCIDENT

Date: _____ Heure: _____ Lieu: _____
Identité du témoin de l'accident (nom, adresse, téléphone): _____
Quelle discipline pratiquiez-vous lors de cet accident: _____
L'accident s'est-il produit lors d'un match / entraînement / loisir?: _____
Raisons et circonstances de l'accident: _____

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

1. a. À quel club êtes-vous affilié ? b. Quelle discipline sportive pratiquez-vous au VVW ?	_____ _____
2. Pouvez-vous bénéficier d'une assurance hospitalisation à votre nom ? Cela a-t-il été signé personnellement ou par l'employeur (*)	NON OUI
3. Avez-vous participé en tant que non-membre à une organisation de VVW avec autorisation journalière : stage ou camp sportif (*)	NON OUI <small>(*) barrer ce qui ne convient pas</small>
4. Avez-vous participé en tant que non-membre à une activité de promotion sportive ?	NON OUI
5. Bénéficie la personne blessée de l'assurance "Maladie et invalidité" (caisse d'assurance maladie) en tant qu'assuré obligatoire (+ libre) ? Nom et adresse de la caisse d'assurance maladie :	

Établi à : _____

À : _____

Signature de la victime

(*) barrer ce qui ne convient pas

DÉCLARATION PAR LE RESPONSABLE DU CLUB

Moi, le soussigné: _____

En qualité de : _____

Confirmez que l'accident s'est produit pendant
des activités organisées avec l'accord de la VVW.

Établi à : _____ À : _____

Signature :



ATTESTATION MÉDICALE (à remplir par le médecin traitant)

Médecin :	
Adresse :	_____
Victime : nom - prénom	_____
Date de l'accident :	_____
Date du premier examen :	_____
Blessures établies :	
Inaptitude découlant des blessures :	COMPLET (1) - DURÉE: _____ PARTIELLEMENT : DEGRÉ : _____ DURÉE : _____
Conséquences probables :	

Cette blessure est-elle attribuable à l'accident décrit ci-dessus : OUI / NON

La personne impliquée a-t-elle déjà été victime d'un accident sportif auparavant ? _____

À quelle date ? _____

Quelles étaient les blessures subies à l'époque ? _____

S'agit-il ici d'une rechute éventuelle ? _____

Le blessé est pris en charge : _____

Le traitement appliqué est le suivant : _____

La maladie antérieure avant l'accident, les défauts corporels qui pourraient aggraver les conséquences de l'accident sont : _____

L'intervention d'un spécialiste médical semble : UTILE / INUTILITÉ d'être (*)

La radiographie est : NÉCESSAIRE / INUTILE (*)

L'infirmier hospitalier est : NÉCESSAIRE / PAS NÉCESSAIRE (*)

On craint que les blessures décrites ci-dessus n'entraînent une incapacité permanente de _____% laisseront.

Remarques : _____

Établi à : _____ à _____ (date)

Signature et cachet

Les médecins sont cordialement priés de ne laisser aucune question sans réponse.

(*) rayer ce qui ne convient pas