Belfius

Place Charles Rogier 11 - 1210
Bruxelles
Tél. 02-286 76 11
Fax 02-286 76 99
RPR Bruxelles TVA BE 0405.764.064
IBAN: BE82-7995-5181-0568
BIC : GKCCBEBB

Déclaration ACCIDENT CORPOREL

Numéro du contrat :
LFH 11.1531.389

LIGUE FRANCOPHONE DE HOCKEY asbl

Dénomination de votre club : HOCKEY SAINT-LAMBERT - LA RASANTE
Nom et adresse du responsable du club : Jean-Valéry de Reus
Av. Herbert Hoover 253 - 1200 Bruxelles
Téléphone / GSM:
E-mail : admin@rasante.be

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE VICTIME

Nom :
Prénom :
Adresse :
Téléphone / GSM:
E-mail :
IBAN n° :
Profession :
Date de naissance :
Etat civil :
Composition de la famille :
Profession et régime de travail du partenaire de la victime :
Membre du club depuis le : N° carte de membre fédérale :
Au moment de l'accident vous étiez: ☐ pratiquant ☐ officiel ☐ arbitre ☐ spectateur
☐ autres

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT

a) Lieu de l'accident :
(Ville, village, hameau, atelier, habitation, cour, etc.)
b) Jour, date et heure :

CAUSE ET CIRCONSTANCES Comment cet accident s'est-il produit ? (description précise)

Pendant quelle sorte d'activité l'accident a-t-il eu lieu? ☐ Entraînement ☐ Match / Compétition officielle ☐ Match / Compétition amicale
☐ Couverture « Risques temporaires » souscrite séparément ☐ Autre
☐ Pendant la participation à une activité organisé par le club ☐ Sur le chemin aller/retour d'une activité du club ☐ Pendant la participation à une activité sans aucun lien avec le club
☐ Moyen de transport utilisé

En ce qui concerne les lésions corporelles, veuillez faire remplir le certificat médical ci-joint par votre médicin.

a) La victime exerçait-elle une activité professionnelle au moment de l'accident ? Dans l'affirmative, laquelle ?	a)
b) La victime a-t-elle continué à vaquer à ses occupations ? Dans l'affirmative, jusqu'à quelle date ?	b)
c) L'accident a-t-il été causé par un tiers ? Indiquez les nom, prénom et l'adresse de ce tiers. Est-il assuré ? Dans l'affirmative, auprès de quelle compagnie ? Numéro du contrat ?	c)
d) S'agit-il d'un accident survenu sur le chemin du travail ?	d)

053/3611B - 08/2019

Belfius Insurance SA, Entreprise d'assurances agréée sous le numéro 0037

Y a-t-il eu des **témoins** oculaires de l'accident ? Dans l'affirmative, indiquez leurs nom et adresse et joignez leur déclaration sur une feuille séparée.

Pour les accidents survenus lors d'un match ou compétition de club :

Nom de l'adversaire (club)

Nom de l'arbitre

Un **procès-verbal** a-t-il été établi ?

Dans l'affirmative, par quelle autorité? A quelle date ? Numéro du PV ?

Un alcootest ou une prise de sang ont-ils été pratiqués? Sur qui? Résultats?

Y a-t-il eu intervention de la mutuelle ? De l'assureur Accidents du travail? De l'école ? D'un autre assureur ?

Nom et adresse de ces assureurs ? Références ?

(A remplir uniquement pour les déclarations RC/PJ)

A compléter si la victime est mineure d'âge : Parents ou tuteur : nom et prénom + adresse

Salarié : nom et adresse de l'employeur

Indépendant ou profession libérale : A combien s'élève votre revenu annuel ?

Avez-vous subi **d'autres dommages** (vêtements, objets personnels, autres)?

☐ non ☐ oui: donnez-en une énumération sur une feuille séparée et joignez les justificatifs

---

ATTENTION ! La présente déclaration ainsi que le certificat médical doivent nous être remis dûment complétés dans les HUIT jours qui suivent l'accident.

Protection de vos données à caractère personnel

Information

Belfius Insurance SA et Belfius Banque SA, dans la mesure où elle intervient comme votre intermédiaire d'assurances, traitent vos données à caractère personnel à différentes finalités, dont la conclusion et l'exécution de contrats d'assurance, le respect des obligations légales, l'évaluation de la relation clientèle, le marketing direct et la lutte contre la fraude. Ces données ne sont pas conservées plus longtemps qu'il ne faut pour le traitement pour lequel elles ont été collectées.

Vos données à caractère personnel relatives aux finalités précitées peuvent également être communiquées à d'autres entreprises du groupe Belfius et à des prestataires de service spécialisés, comme des experts, des réparateurs, des entreprises de réassurance et Datassur GIE.

Vous avez le droit de consulter vos données à caractère personnel dont nous disposons et, le cas échéant, de les faire rectifier ou supprimer. Vous pouvez aussi demander de transférer certaines de ces données à un tiers ou directement à vous-même. En outre, vous pouvez demander de limiter le traitement.

Pour le traitement des données à caractère personnel pour lequel vous avez donné votre consentement, vous avez le droit de retirer votre consentement à tout moment, sans porter préjudice à la légitimité du traitement sur la base du consentement donné avant son retrait.

Votre droit d'opposition

Vous avez le droit de vous opposer au traitement de certaines données à caractère personnel et de vous opposer à tout moment à l'utilisation de vos données à caractère personnel à des fins de marketing direct.

Vous trouverez de plus amples informations sur le traitement de vos données à caractère personnel, les finalités du traitement et l'exercice de vos droits dans la Charte sur la vie privée de Belfius Insurance SA et de Belfius Banque SA. Cette charte est disponible dans nos agences Belfius et peut également être consultée sur www.belfius.be/privacycharter.

AUTORISATION

☑ **Par la présente, vous autorisez le traitement des données relatives à votre santé lorsque ces données sont nécessaires à la conclusion et l'exécution du contrat d'assurance. Ces données peuvent uniquement être traitées par le médecin-conseil, votre intermédiaire d'assurances et les collaborateurs de Belfius Insurance SA, dans la mesure où ils sont chargés d'une ou plusieurs tâches en rapport avec les finalités précitées, et par des tiers éventuels dont l'intervention est nécessaire dans le cadre de l'exécution des tâches précitées.**

Le soussigné déclare avoir donné tous les renseignements dont il a connaissance à propos de l'accident visé ci-dessus.

Etabli à (lieu) , le (date)

Signature du déclarant,

CERTIFICAT MEDICAL

du Docteur _____ domicilié à _____

sur l'état de _____ blessé le _____ (date)

1. Nature des lésions. Description détaillée de l'évolution des lésions depuis l'accident.	
2. La victime était-elle déjà atteinte de lésions ou de maladies qui ont aggravé les suites de l'accident? Lesquelles?	
3. a) Y a-t-il eu consultation d'un spécialiste? Lequel? b) La victime est-elle hospitalisée? Depuis quand?	3. a) b)
4. Indiquez : a) 1- si la victime est en incapacité totale de travail. 2 - si elle est autorisée à vaquer totalement ou partiellement à son activité habituelle. b) Quand l'incapacité de travail a-t-elle commencé? c) La durée probable de cette incapacité (le plus exactement possible). d) Si des suites graves sont à craindre pour l'avenir, p.ex. la mort ou une incapacité permanente. En quoi cette dernière consisterait-elle?	4. a) 1. 2. b) c) d)
5. a) Quand a-t-on fait appel pour la première fois à l'intervention d'un médecin? b) Lequel?	5. a) b)

Fait et certifié exact à _____ (lieu) , le _____ (date)

Signature du médecin,

L'assurance met toute sa vigilance à dépister les tentatives de fraude...

...en revanche, vous qui êtes de bonne foi, vous pouvez compter sur nous.

Pour ne pas payer inutilement pour les autres, aidez-nous à prévenir les abus.