

## FORMULAIRE DE DECLARATION "ACCIDENTS CORPORELS"

*Veillez transmettre le formulaire à l'adresse suivante svp :*

**S.A. ARENA - Avenue des Nerviens 85 bte 2 - B-1040 BRUXELLES**

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE CLUB ET / OU VOTRE FEDERATION

Police n° **A.C. 1.120.950** **Association Wallonie-Bruxelles de Basket-Ball asbl**



Dénomination de votre club Royal Basket Club Wezembeek Oppem

Nom et adresse du responsable du club Delchef Jacques

Boulevard Louis Schmidt, 115/9 - 1040 Etterbeek

Tel. n° / GSM +32 2 6490273 / +32 492 972 729 E-mail secretaire@bcwo.be

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME

Nom .....

Prénom .....

Adresse .....

Date de naissance   /   /    M ☐ F ☐ Profession .....

Membre du club depuis le   /   /    N° d'affiliation .....

Au moment de l'accident vous étiez : ☐ pratiquant ☐ officiel ☐ arbitre ☐ spectateur  
☐ autre : .....

IBAN N°             BIC N°

E-mail .....

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT

Date de l'accident   /   /    Jour ..... Heure .....

Lieu de l'accident .....

Description de l'accident (causes, circonstances, suites)

Croquis (à ajouter s'il s'agit d'un accident de circulation)

.....

.....

.....

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

Pendant quelle sorte d'activité l'accident a-t-il eu lieu ? ☐ Entraînement ☐ Compétition officielle

☐ Compétition amicale ☐ Couverture "Risques temporaires" souscrite séparément ☐ Autre : .....

☐ Pendant la participation à une activité organisée 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 .....

## TEMOIGNAGES

Noms et adresses des témoins de l'accident :

.....

.....

.....

*Pour les accidents survenus lors d'une compétition de club :*

Nom de l'adversaire (club) .....

Nom de l'arbitre .....

## DONNEES CONCERNANT LA RESPONSABILITE

L'accident est-il imputable à un autre assuré ? ☐ oui ☐ non

Si oui, son nom et adresse .....

Age .....

Y a-t-il eu constat par une autorité verbalisante ? ☐ oui ☐ non

Si oui, laquelle ? .....

Eventuellement, n° du proces-verbal .....

## DECLARATION DONNEES MEDICALES

Nous vous prions de bien vouloir compléter la rubrique ci-dessous ou d'y apposer une vignette de votre mutualité, ainsi que de signer la déclaration relative aux données médicales.

[illegible]

Organisme assureur

N° d'inscription

***“En vue d’une gestion efficace de mon dossier, et uniquement à cet effet, je donne autorisation au traitement des données médicales me concernant relatives à l’accident dont j’ai été victime.”***

(article 7 de la loi du 08.12.1992 - Protection de la Vie Privée)

Fait à ..... En date du .....

|                               |                                                                                                                       |
|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SIGNATURE RESPONSABLE DU CLUB | SIGNATURE VICTIME                                                                                                     |
|                               | <i>qui cependant confirme son accord formel par rapport à la susdite déclaration concernant ses données médicales</i> |

Nous gérons votre dossier pour compte de : **StarStone Insurance (Europe) AG**  
 Authorised and regulated by the Financial Market Authority (FMA)

***Souhaitez-vous de plus  
amples renseignements ?***

**arena@arena-nv.be**  
**www.arena-nv.be**

**Tel. 02/512 03 04**  
**Fax 02/512 70 94**

**arena@arena-nv.be** **Tel. 02/512 03 04**

**www.arena-ny.be** Fax 02/512 70 94

**S.A. ARENA – Avenue des Nerviens 85 bte 2 – 1040 Bruxelles**

**FSMA n° 10.365 / 0449.789.592**

**Tel. 02/512 03 04**

**Fax 02/512 70 94**

**Tel. 02/512 03 04**  
**Fax 02/512 70 94**  
**Entreviens 85 bte 2 - 1040 Bruxelles**  
**39.592**

