

## Procédure en cas d'accident et procédure pour remplir la déclaration d'accident :

- 1. Demander le formulaire à son club (si vous partez en ambulance aux urgences) ou au secrétariat de la FFSNW asbl. ( <a href="mailto:ffsnw.asbl@gmail.com">ffsnw.asbl@gmail.com</a> ou 0471 70 09 33)
- 2. Déclarer l'accident par téléphone à la FFSNW (0471 70 09 33) le plus vite possible.
- 3. Etablir la déclaration sur le formulaire officiel : veuillez remplir ce formulaire de manière lisible et uniquement dans la colonne de droite :

Preneur d'assurance : A NE PAS REMPLIR et à renvoyer à la fédé

Victimes : A REMPLIR et à renvoyer à la fédé

Renseignements concernant l'accident : A REMPLIR et à renvoyer à la fédé

<u>Certificat médical</u>: A REMPLIR PAR LE MEDECIN URGENTISTE ou LE MEDEIN TRAITANT (si vous ne passez pas par les urgences) et à renvoyer à la fédé.

- 4. Expédier la déclaration (les documents ci-dessus en gras et soulignés) au siège social de la FFSNW: rue grange des champs, 206 1420 Braine l'Alleud dans les délais les plus brefs. Celleci l'enverra au courtier.
- 5. Après analyse de votre dossier, vous recevrez un courrier de l'assurance avec votre numéro de dossier (xxxxKxxxxxxx) ainsi que le détail des démarches à suivre et le nom de la personne qui s'occupe de votre dossier. Une fois ce numéro attribué, vous pourrez renvoyer vos documents à l'assurance. (Voir point 6/7/8/9)
- 6. Les factures sont à payer par la victime, il est inutile d'envoyer les factures à l'assurance ou à la fédération. Afin de permettre à l'assurance de vous rembourser, il est recommandé de faire établir par la mutuelle un décompte spécifiant les dépenses totales ainsi que l'intervention de la mutuelle. Tout se règle directement avec l'assurance.
- 7. **Certificat de guérison ou de consolidation** : à conserver et à faire remplir pour clôturer le dossier.
- 8. **Attestation de l'employeur :** à envoyer à l'assurance lorsque vous avez reçu votre numéro de dossier voir point 5
- 9. **Attestation de la mutuelle :** à envoyer à la mutuelle afin de recevoir un décompte de ce que vous avez payé, ce que la mutuelle vous a remboursé. Dès que la mutuelle vous aura renvoyé ce document, vous devez l'envoyer à l'assurance.

**ATTENTION :** Toujours envoyer vos documents à l'assurance à l'adresse et à la personne qui gère votre dossier en indiquant chaque fois votre numéro de dossier (xxxxKxxxxxxx).

Il est conseillé de constituer un double complet du dossier.

Vous pouvez également trouver le formulaire de déclaration d'accident sur le site internet : www.skinautique.be



## DECLARATION D'ACCIDENT A L'USAGE DES ASSOCIATIONS SPORTIVES ET D'AGREMENT

IL EST DE VOTRE INTERET DE REPONDRE SCRUPULEUSEMENT AUX QUESTIONS

PRENEUR D'A	ASSURANCE
1. Quel est votre numéro de police?	
S'agit-t-il d'une police d'une Fédération?     Si oui, quelle est la division provinciale?	
3. Fédération à laquelle votre club est affilié?	
4. Dénomination exacte de votre club?	
5. Nom et adresse du secrétaire	
VICTI	MES
6. Assuré a) Nom et prénom b) Adresse	
c) Date de naissance d) Activités professionnelles e) Situation à l'égard de l'I.N.A.M.I. (à indiquer par une croix)	<ul> <li>□ Assuré obligatoire ou à charge d'un assuré obligatoire pour tous les risques.</li> <li>□ Comme indépendant ou à charge d'un indépendant assuré obligatoire pour les seuls gros risques.</li> <li>□ Ou également pour les petits risques.</li> <li>□ L'assuré se trouve-t-il dans une autre situation?</li> <li>Expliquez:</li> </ul>
f) Situation à l'égard du revenu garanti. (à indiquer par une croix) g) Nom et adresse de l'employeur	☐ Employé ☐ Ouvrier ☐ Domestique ☐ Indépendant ☐ Secteur public
<ul><li>h) Lésions</li><li>i) Dispose-t-il d'une autre assurance couvrant les frais médicaux ou l'hospitalisation?</li></ul>	☐ OUI: auprès de quelle compagnie
7. Bénéficiaire de l'indemnité  a) Nom et prénoms  b) Adresse  c) Mode paiement	
8. Adversaire a) Nom et prénom b) Adresse	
<ul><li>c) Est-il (elle) aussi un assuré, membre du club?</li><li>d) Dommages matériels</li><li>e) Lésions</li></ul>	

RENSEIGNEMENTS CO	DNCERNANT L'ACCIDENT
9. Date et heure	
10. Lieu	
11. Au cours de quelle rencontre ou de quel entraînement / répétition? Précisez	
<ul><li>12. a) Y a-t-il un tiers responsable de l'accident?</li><li>b) Si oui, nom et adresse</li></ul>	
c) Cette personne est-elle assurée? Si oui, compagnie? n° de police?	
13. Autorité verbalisante	
14. Témoins (Noms, prénom et adresse)	1
	2
	3
15. Circonstances de l'accident (aussi détaillées que possible).	
16. Plan des lieux (aussi précis que possible, s.v.p.).	
10. Frain des fieux (aussi precis que possible, s.v.p.).	
17. Qui est responsable selon vous? Pourquoi?	
18. Seriez-vous d'accord pour que la partie adverse ou la personne lésée soit indemnisée?	
En vue d'offrir les services les plus appropriés, ces données pourront être communiquées aux entreprist Les personnes concernées donnent leur consentement pour le traitement des données relatives à leur intervenant dans le cadre de ce contrat. Ce traitement est prévu par la loi du 8 décembre 1992 relative Toutes les informations seront traitées avec la plus grande discrétion. Les personnes concernées peuvent connaître ces données, les faire rectifier et s'opposer gratuitement à photocopie recto verso de la carte d'identité, adressée à AXA Belgium, Service clientèle, Boulevard du S De plus amples informations peuvent également y être obtenues. <b>AVERTISSEMENT</b> Les assureurs mettent toute leur vigilance à dépister les tentatives de fraude En revanche, vous qui é prévenir les abus. Toute escroquerie ou tentative d'escroquerie envers la compagnie d'assurances entra	santé Torsqu'elles sont nécessaires à l'acceptation, la gestion et l'exécution du contrat par les gestionnaire à la protection de la vie privée.  Beur traitement à des fins de direct marketing au moyen d'une demande datée et signée accompagnée d'un ouverain 25, 1170 Bruxelles.  Betes de bonne foi, vous pouvez compter sur nous. Pour ne pas payer inutilement pour les autres, aidez-nous fine non seulement la résiliation du contrat d'assurance, mais fait également l'objet de poursuites pénales su
risques et de la gestion des contrats et des sinistres y relatifs. Toute personne a le droit d'obtenir com datée et signée accompagnée d'une copie de sa carte d'identité à l'adresse suivante: Dattasur, 29 squi	
Avant de dater et de signer, voulez-vous vérifier si les renseignements que vous avez inscrits sont exacts et complets?	A le Signature du Secrétaire du Club,

Signature du Secrétaire du Club,

Merci d'avance.



## **CERTIFICAT MEDICAL**

Police n°	

	à remplir par le médecin traitant
Docteur Demeurant à Rue / N°	
Victime: Nom - Prénom Adresse Date de naissance	
Nom du club de la victime	
Date de l'accident Date de la première visite	
Description détaillée des lésions constatées	S'agit-il d'une pathologie □ traumatique □ microtraumatique?
Incapacité résultant des lésions	TOTALE (1) - Durée:
Suite présumées	
A quelle date? Quelles ont été alors les lésions S'agit-il dans ce cas-ci d'une rech Le blessé est soigné Le traitement institué est le suiva	encourues? enter:
Les prédispositions, maladies, in sont:	firmités préexistantes à l'accident qui pourraient anormalement aggraver les conséquences de celui-ci
	utile (*)
	Fait à le le le le le (Signature et cachet du médecin)

<sup>(1)</sup> L'incapacité n'est totale que si la victime est incapable de toute occupation rentrant dans le cadre de sa profession. Dans les autres cas elle est partielle.

<sup>(\*)</sup> Biffer les mentions inutiles.



	CERTIFICAT DE GUERISON OU DE CONSOLIDATION			Police n°	
Docteur Demeurant à Rue / N°					
Victime: Nom - Prénom Adresse Date de naissance					
Nom du club de la victime					
Date de l'accident					
	domicilié à		olessures et en état de reprendre se	déclare que	
	avec invalidité pe L'incapacité a été	rmanente - sans invalidité per	rmanente (*).		
	totale partielle à	du % du	au au	inclusivement;	
	•		au au		
	L'incapacité prévi	ue au certificat de constatatio	on a été notablement dépassée; en v	/oici la cause:	
		s - invalidité permanente. (*) nt:			
		Fait à	, le		
		(Signature et cachet du médecin)			

## FRAIS DE TRAITEMENT

Les honoraires doivent être réglés par la victime contre remise des attestations pour soins donnés, afin de bénéficier de l'intervention de la Mutuelle. Pour nous permettre d'évaluer notre propre intervention, voudriez-vous nous faire parvenir un état détaillé des prestations fournies, avec mention de la nomenclature de l'A.M.I., du nombre, de la date des prestations et des montants respectifs qui ont été payés. Nous vous remercions pour votre collaboration.

(\*) Biffer les mentions inutiles



Blessé:	Police n°:		
Date de l'accident:	Sinistre n°:		
ATTESTATION D	E L'EMPLOYEUR		
Salaire horaire net ou appointement mensuel avant l'accident:  Reprise du travail: Partielle le:  Complète le:			à l'heure - par mois
Perte de rémunération subie par le travailleur:  Rémunération nette durant la période d'incapacité de travail  du au inclus _  Perte de gratification de fin d'année, de pécule de vacances,  de pécule compl.; ou autres		+	
A diminuer des revenus nets tels que:  Salaire hebdomadaire ou appointement mensuel ga Salaire mensuel garanti complémentaire:  Divers:  Total de perte de rémunération nette subie par le travailleur:			= = =
Cachet de l'employeur	Fait à: le:		
ATTESTATION D	E LA MUTUELLE		
I. CONCERNANT LA PERTE DE SALAIRE			
Indemnité primaire reçue: du	au		,
soit jours à		=	
La victime n'a pas été indemnisée par la Mutuelle pour la période	du	au	inclus
par suite de: carence - vacances - salaire hebdomadaire garanti - s	anction - pas en ordre.		
Cachet de la Mutuelle			
	Fait à: le:		
II. CONCERNANT LES FRAIS DE TRAITEMENT  Nous vous prions d'établir un état détaillé, avec les mentions suiv  - Date des prestations  - Nomenclature  - Montant payé par la victime  - Montant de votre invention  - Origine des frais de traitement	le:		