



**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. ( [ffsnw.asbl@gmail.com](mailto:ffsnw.asbl@gmail.com) 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  
**Certificat médical** : 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. Celle-ci 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](http://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'ASSURANCE

1. Quel est votre numéro de police?	_____
2. S'agit-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	_____ _____

## VICTIMES

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)  f) Situation à l'égard du revenu garanti. (à indiquer par une croix) g) Nom et adresse de l'employeur  h) Lésions  i) Dispose-t-il d'une autre assurance couvrant les frais médicaux ou l'hospitalisation?	_____ _____ _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> Assuré obligatoire ou à charge d'un assuré obligatoire pour tous les risques. <input type="checkbox"/> Comme indépendant ou à charge d'un indépendant assuré obligatoire pour les seuls gros risques. <input type="checkbox"/> Ou également pour les petits risques. <input type="checkbox"/> L'assuré se trouve-t-il dans une autre situation? Expliquez: _____ _____ <input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Ouvrier <input type="checkbox"/> Domestique <input type="checkbox"/> Indépendant <input type="checkbox"/> Secteur public _____ _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> OUI: auprès de quelle compagnie _____ <input type="checkbox"/> NON
7. Bénéficiaire de l'indemnité	a) Nom et prénoms b) Adresse c) Mode paiement	_____ _____ _____
8. Adversaire	a) Nom et prénom b) Adresse  c) Est-il (elle) aussi un assuré, membre du club? d) Dommages matériels  e) Lésions	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____





**CERTIFICAT MEDICAL**  
à remplir par le médecin traitant

Police n° \_\_\_\_\_

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 <input type="checkbox"/> traumatique <input type="checkbox"/> microtraumatique?
Incapacité résultant des lésions	TOTALE (1) - Durée: _____ PARTIELLE : TAUX DUREE _____ _____
Suite présumées	_____ _____

L'intéressé(e) a-t-il (elle) déjà été victime d'un accident de sport? \_\_\_\_\_

A quelle date? \_\_\_\_\_

Quelles ont été alors les lésions encourues? \_\_\_\_\_

S'agit-il dans ce cas-ci d'une rechute? \_\_\_\_\_

Le blessé est soigné \_\_\_\_\_

Le traitement institué est le suivant: \_\_\_\_\_

Les prédispositions, maladies, infirmités préexistantes à l'accident qui pourraient anormalement aggraver les conséquences de celui-ci sont: \_\_\_\_\_

L'intervention d'un médecin spécialiste paraît: utile - inutile (\*)

La radiographie est: nécessaire - utile (\*)

L'hospitalisation: s'impose - ne s'impose pas (\*)

Il est à craindre qu'il subsistera une invalidité permanente, qui consistera vraisemblablement en:

Observations: \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

(Signature et cachet du médecin)

(1) 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.

(\*) Biffer les mentions inutiles.



**CERTIFICAT DE GUERISON  
OU DE CONSOLIDATION**

Police n° \_\_\_\_\_

Sinistre n° \_\_\_\_\_

Docteur Demeurant à Rue / N°	_____ _____ _____
Victime: Nom - Prénom Adresse Date de naissance	_____ _____ _____
Nom du club de la victime	_____
Date de l'accident	_____

Je soussigné \_\_\_\_\_, docteur en médecine,  
domicilié à \_\_\_\_\_ déclare que  
la victime reprise en marge est guérie de ses blessures et en état de reprendre ses occupations à partir du  
\_\_\_\_\_ avec invalidité permanente - sans invalidité permanente (\*).

L'incapacité a été:

totale \_\_\_\_\_ du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ inclusivement;  
partielle à \_\_\_\_\_ % du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ inclusivement;  
partielle à \_\_\_\_\_ % du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ inclusivement;  
partielle à \_\_\_\_\_ % du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ inclusivement;

L'incapacité prévue au certificat de constatation a été notablement dépassée; en voici la cause:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il y a - Il n'y a pas - invalidité permanente. (\*)

Les séquelles sont: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_  
(Signature et cachet du médecin)

(\*) Biffer les mentions inutiles

**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.



Blessé: \_\_\_\_\_

Police n°: \_\_\_\_\_

Date de l'accident: \_\_\_\_\_

Sinistre n°: \_\_\_\_\_

## ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR

Salaire horaire net ou appointement mensuel avant l'accident: \_\_\_\_\_ à l'heure - par mois

Reprise du travail: Partielle le: \_\_\_\_\_

Complète le: \_\_\_\_\_

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 garanti: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Salaire mensuel garanti complémentaire: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Divers: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Total de perte de rémunération nette subie par le travailleur: \_\_\_\_\_

Cachet de l'employeur

Fait à:

le:

## ATTESTATION DE 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 - sanction - 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 suivantes:

- Date des prestations
- Nomenclature
- Montant payé par la victime
- Montant de votre invention
- Origine des frais de traitement

Nous vous remercions au nom de la victime pour votre collaboration.