



HC Malmédy ASBL

Rue de la Gare 15a/1

4960 MALMEDY

Tél.: +32 479 23 57 39

AXA IBAN: BE36 7512 0482 9381

N° Ent.: Be0443.597.925

Note d'information pour la déclaration d'accident :

Le joueur doit compléter :

- La déclaration d'accident (P.2)
- Le certificat médical (P.3)

Ces deux documents sont retourner par mail au secrétaire du club à l'adresse :

hcmalmedy@gmail.com

Si le blessé n'a pas en sa possession le certificat médical au moment de l'envoi de la déclaration d'accident, le certificat sera conservé par le joueur.

Le Secrétaire ouvre le dossier auprès d'ETHIAS via l'extranet de l'assureur et renvoie vers le joueur blessé :

- Une copie de la déclaration d'accident (P.2)
- Les références du dossier

Si le joueur n'a pas fourni le certificat médical au moment de l'envoi de la déclaration, il devra compléter le document fournir par le secrétaire.

Le joueur envoie vers ETHIAS le certificat médical sans oublier d'y indiquer les références du dossier afin de valider l'ouverture du dossier.

La gestion et le suivi du dossier sont assuré par le joueur blessé.

decorama



déclaration d'accident sportif

FORMULAIRE SIMPLIFIÉ



1 IDENTITÉ DE LA VICTIME (en caractères d'imprimerie, s.v.p.)

Nom : _____ Prénom : _____
M. - Mme - Mlle (biffer les mentions inutiles). Femme mariée ou veuve : nom de jeune fille

Adresse : _____ N° : _____ Bte : _____
rue - avenue - boulevard - quai - place - chaussée (biffer les mentions inutiles)

Code postal : _____ Localité : _____ Pays : _____

Nom du représentant légal : _____ Prénom : _____
M. - Mme - Mlle (biffer les mentions inutiles). Femme mariée ou veuve : nom de jeune fille

N° de compte : _____

2 DATE ET LIEU DE L'ACCIDENT

Date de l'accident : ____ - ____ - ____ Jour : _____ Heure : ____ h ____

Occupation de la victime au moment de l'accident

Joueur Arbitre Délégué Officiel Spectateur Autres : _____

Pendant l'activité du club précité

Endroit précis : _____

Sur le chemin de l'activité

Déplacement individuel Déplacement collectif

Endroit précis : _____

Moyen de locomotion utilisé : _____

3 DESCRIPTION DE L'ACCIDENT (causes, circonstances, conséquences et/ou dommages occasionnés)

4 COMPLÉTER CETTE CASE SI UNE AUTRE PARTIE EST IMPLIQUÉE DANS L'ACCIDENT

• L'accident est-il dû à une faute d'un assuré ? Oui Non

• L'accident est-il dû à une faute d'un tiers étranger ? Oui Non

Si oui, identité complète de celui-ci :

Nom : _____ Prénom : _____
M. - Mme - Mlle (biffer les mentions inutiles). Femme mariée ou veuve : nom de jeune fille

Adresse : _____ N° : _____ Bte : _____
rue - avenue - boulevard - quai - place - chaussée (biffer les mentions inutiles)

Code postal : _____ Localité : _____ Pays : _____

5 TÉMOIN

Nom : _____ Prénom : _____
M. - Mme - Mlle (biffer les mentions inutiles). Femme mariée ou veuve : nom de jeune fille

Date de naissance : _____ N° registre national : _____

Adresse : _____ N° : _____ Bte : _____
rue - avenue - boulevard - quai - place - chaussée (biffer les mentions inutiles)

Code postal : _____ Localité : _____ Pays : _____

Fait à _____ le _____

Signature _____

1) Nom et prénom du médecin : _____
(en caractères d'imprimerie s.v.p.)
Adresse du médecin : _____

2) Nom et prénom de la victime : _____
Adresse de la victime : _____

3) Date de l'accident : _____ - _____ - _____

4) Date et heure du premier examen médical : _____ - _____ - _____ _____ h _____

5) Lésions : _____
(indiquer la nature des blessures, les parties du corps atteintes)

6) Où la victime est-elle soignée ? _____

7) La victime peut-elle se déplacer ? Oui Non

8) Durée probable du traitement : _____

9) Conséquences probables de l'accident : _____
Incapacité temporaire totale de travail _____ jours, soit du _____ - _____ au _____ - _____ - _____
Incapacité temporaire partielle de travail _____ jours, soit du _____ - _____ au _____ - _____ - _____ à _____ %
Prévoyez-vous une guérison complète ? Oui Non

10) Estimez-vous que la lésion constatée peut avoir eu pour cause l'accident relaté à la rubrique 4 ? Oui Non

11) Y a-t-il concours d'un état antérieur (infirmités, maux ou maladies) ? Oui Non
Si oui, lequel ? _____

12) A. Une intervention chirurgicale a-t-elle été pratiquée ? Oui Non
Si oui, laquelle ? _____

Dans quel établissement et par quel chirurgien ? _____

B. Une radiographie de diagnostic et/ou de contrôle a-t-elle été faite ? Oui Non
Par quel radiologue ? _____

C. Désirez-vous l'intervention d'un spécialiste ? Oui Non

13) Observations : _____

Fait à

le

Signature,