



ANNEXE V

PROCÉDURE DE DÉCLARATION D'ACCIDENT (cf. point 8.4 du ROI)

Obligation de signalement

Tout accident survenu lors :

- d'un entraînement ;
- d'un match ;
- d'un déplacement officiel ;
- d'une activité organisée par le club

doit être signalé immédiatement à l'entraîneur, au délégué d'équipe ou à un membre du comité. Le membre ayant reçu le signalement de l'accident est tenu d'en informer sans tarder le secrétaire du club par courrier électronique et au plus tard endéans les 24 heures après en avoir été averti.

Consultation médicale

En cas d'accident survenu lors d'une activité organisée par le club (entraînement, match, tournoi, stage, etc.), le joueur est libre de consulter le médecin ou l'établissement hospitalier de son choix.

Déclaration de l'accident au club et certificat médical

L'assureur de la LFH met à disposition une plateforme qui leur permet de déclarer les accidents en ligne. Afin de garantir une prise en charge correcte par l'assurance de la Ligue Francophone de Handball (LFH), certaines démarches doivent être respectées dans des délais stricts. L'assureur n'accepte que les déclarations introduites via son système informatique sécurisé. Chaque club dispose d'un accès unique à cette plateforme. Les déclarations envoyées directement par les victimes ou parents ne sont pas prises en compte.

Tout membre victime d'un accident survenu dans le cadre d'une activité organisée par le Handball Club de Malmedy (entraînement, match, tournoi, stage ou toute autre activité officielle du club) est tenu de respecter la procédure complète de déclaration d'accident mise en place par le club et l'assureur.

Il appartient au membre concerné ou à son représentant légal de prendre connaissance de cette procédure et de s'y conformer afin de permettre l'introduction du dossier auprès de l'assureur dans les délais requis.

Si l'accident est couvert par l'assurance du club, la déclaration doit être faite par un responsable du club et ce dans les 8 jours suivant l'évènement.

Par conséquent, toute déclaration d'accident doit être transmise au secrétariat du club dans un délai maximum de 3 jours calendrier suivant l'accident à l'adresse suivante : secretaire@hcmalmedy.be.

Ce délai est indispensable afin que le club puisse respecter les obligations imposées par l'assureur, qui doit être informé dans un délai maximal d'une semaine après l'accident.

Tout retard dans la transmission des informations pourrait compromettre l'intervention de l'assurance.

La déclaration officielle d'accident sportif ainsi que le certificat médical doivent être téléchargés sur le site du club, sous l'onglet « Documents utiles ».

Le déclarant est prié de remplir la déclaration d'accident de fournir l'ensemble des informations demandées sur le formulaire. Le dossier sera traité sur la base des éléments transmis. À défaut d'informations complètes, le traitement pourra être retardé ou réalisé sur la base des seuls éléments disponibles.

Suivi du dossier

Le secrétaire du club se limite à effectuer la déclaration d'accident auprès de l'assureur. Une fois cette déclaration introduite, il transmet au joueur concerné les informations et références utiles (le numéro de dossier et les coordonnées du gestionnaire du dossier chez l'assurance) afin que celui-ci puisse directement fournir à l'assureur tout document complémentaire éventuellement demandé (attestations, justificatifs, relevés de soins, factures, etc.) dans le cadre du suivi du dossier et de la demande de remboursement.

Quels documents devez-vous renvoyer à l'assurance pour être remboursés ?

- Consultations médicales (médecins généralistes, spécialistes, kinés, infirmiers...) : les décomptes de la mutualité accompagnés éventuellement de la preuve du montant des honoraires réellement payés ;
- Hospitalisation : la facture complète et détaillée (toutes les pages recto et verso) ;
- Ambulance : la facture complète ;
- Autres frais médicaux (radiologies, examens complémentaires) : la facture complète et détaillée (toutes les pages recto et verso).
- Frais de pharmacie : les attestations de prestations pharmaceutiques remboursables dans le cadre d'une assurance complémentaire et délivrées par votre pharmacien ;

Les factures de rappels ne sont pas valables. Le cas échéant, vous devez demander un duplicata de la facture initiale.

Le respect de cette procédure garantit un traitement rapide et efficace du dossier d'assurance.

Le club ne pourra pas être tenu responsable :

- des retards causés par une remise tardive des documents ;
- des dossiers incomplets ;
- des refus d'intervention des organismes assureurs liés au non-respect des procédures.

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,