

## FORMULAIRE DE DECLARATION "ACCIDENTS CORPORELS"

Veuillez transmettre le formulaire à l'adresse suivante : S.A. ARENA  
AVENUE DES NERVIENS 85 bte 2 - B-1040 BRUXELLES

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

Police n° **L.O. 1.117.163**  
**B.A. 1.117.164**

**ROYAL BELGIAN ICEHOCKEY FEDERATION asbl**  
**( RBIHF )**

Dénomination de votre club .....

Nom et adresse du responsable du club .....

Tel. n° / GSM ..... E-mail .....

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME

Nom .....

Prénom .....

Adresse .....

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

Membre du club depuis le  /  /   N° de matricule .....

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

N° de compte bancaire  -  -  -  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  Match / Compétition officielle  
 Match / 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'un match ou 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.

Nom du titulaire  Prénom

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 gèrons votre dossier pour compte de la compagnie : StarStone Insurance (Europe) AG

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

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

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

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

***C.B.F.A. n° 10.365 / 0449.789.592***

***Tel. 02/512 03 04***

***Fax 02/512 70 94***



FEDERATION : Royal Belgian Icehockey Federation asbl (RBIHF)  
CLUB : .....

NOUVELLE  
DECLARATION

DOSSIER EXISTANT  
Dossier n° : .....

**form for completion by a medical practitioner**

**MEDICAL CERTIFICATE**

1) Name of the attending medical practitioner .....

Adress .....

Phone n° ..... E-mail .....

2) Name of the claimant .....

Adress .....

3) Date of the accident  /  /

4) When did you first attend upon the claimant in consequence  /  /   at  .  hrs  
of the injuries sustained ? (date and hour)

5) What injuries were sustained ? (regions injured / nature and extent of injuries)

.....  
.....  
.....  
.....

- Does it concern an acute traumatic injury ?  yes  no  
➤ Is there an anamnesis ?  yes  no  
➤ Could the injury be traceable to any other cause such as an accumulation of a serie of  
accidents/traumas or a predisposition ?  yes  no  
➤ Observations : .....

6) Probable duration of the medical treatment .....

7) Will the claimant be unable to attend partially or totally to his usual business or occupation ?  yes  no

➤ Totally during ..... days.

➤ Partially during ..... days.

8) Is there the necessity of a further examination by a specialist or an X-ray examination ?  yes  no

➤ If so, by whom ? .....

9) Will the accident cause a permanent disablement or may one expect a full recovery ?

.....

**PREVIOUS MEDICAL HISTORY**

10) Did the claimant at the time of the accident have any physical defect or infirmity or was he subject to or suffering from  
any illness or disease irrespective of his injuries ?

11) Are you aware of anything in the claimant's previous medical history which might have contributed directly or indirectly  
to the occurrence of the accident or which may be likely to retard in any way his recovery from it (p.e. previous accidents or  
complaints i.r.o. similar injuries as those caused by the accident ?

.....

Could this accident possibly be a recurrence ? .....

Dated at .....

*Signature and seal of the medical practitioner*

On  /  /