

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** **ROYAL BELGIAN ICEHOCKEY FEDERATION asbl**
B.A. 1.117.164 **(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

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 of the injuries sustained ? (date and hour) / / at . hrs

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 of may one expect a full recovery ?

PREVIOUS MEDICAL HISTORY

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