

Numéro de police
 Membres: 45.236.716
 Non-membres: 45.240.869

Télécharger un rapport dans les 8 jours après l'accident à:

Sporta-federatie vzw

Boomgaardstraat 22 bus 50 - 2600 Berchem

T. 03 361 53 50

verzekeringen@sporta.be - www.sportateam.be

Votre sinistre est régi par les conditions générales et particulières de la police d'assurance en vigueur au moment de l'accident.

VICTIME

Nom: Prénom:
 Rue: N°: Code postal: Commune:
 Date de naissance:/...../..... Sexe: M F (Compléter ci-dessus ou apposer une vignette de la mutualité)
 N° de tél. employeur/privé/gsm: E-mail:
 Uniquement pour les mineurs: nom de père / de la mère / du tuteur:
 Numéro de compte: BE Membre Sporta-federatie vzw: OUI NON

CLUB

Nom de club: Matricule du club: Discipline sportive:
 Assurances responsables (Prénom + nom):
 N° de tél. employeur/privé/gsm: E-mail:

ACCIDENT

Date:/...../..... Jour: Heure:

Adresse: Rue: N°: Code postal: Commune:
 Endroit / lieu de l'accident

L'accident a eu lieu lors d'un: entraînement compétition autre:
 Pendant l'activité susmentionnée du club précité.
 Sur le chemin de l'activité du club précité.
 DÉPLACEMENT: Individuel → moyen de locomotion:
 Collectif → moyen de locomotion:

Description de l'accident (causes, circonstances et conséquences, blessures et/ou dommages occasionnés):

.....

.....

.....

.....

RESPONSABILITÉ CIVILE

Tiers éventuel impliqué → nom et adresse:

 Si connu du tiers → compagnie d'assurances et numéro de police (RC):

Sporta tient à jour des statistiques de blessures dans le cadre du décret du 20/12/2013 intitulé « Gezond en Ethisch sporten ». Toutes les personnes dont les données sont traitées peuvent consulter leurs informations personnelles, les modifier ou les supprimer si de bonnes raisons le justifient. Dans ce cas, envoyez par courrier ou par e-mail une copie de la carte d'identité à l'adresse susmentionnée.

J'accepte que mes données médicales soient utilisées pour la bonne gestion de ce dossier uniquement (art. 7, loi du 8 décembre 1992).

Fait à: le

Signature de la victime

CERTIFICAT MÉDICAL

Medecin (nom et adresse ou cachet)	Victime (nom)
Date de l'accident:/...../.....	
Date du premier examen médical:/...../.....	

TYPE DE BLESSURE	PARTIE(S) DU CORPS
-------------------------	---------------------------

*Pour renseigner **plusieurs blessures**, vous pouvez numéroter les blessures et parties du corps.*

<input type="checkbox"/> Foulure <input type="checkbox"/> Claquage <input type="checkbox"/> Déchirure musculaire (rupture) <input type="checkbox"/> Déchirure du tendon (rupture) <input type="checkbox"/> Froissement (contusion) <input type="checkbox"/> Entorse ((dis)torsion) <input type="checkbox"/> Fracture <input type="checkbox"/> Désarticulation (luxation) <input type="checkbox"/> Brûlure <input type="checkbox"/> Écorchure <input type="checkbox"/> Coupure <input type="checkbox"/> Commotion cérébrale sans syncope <input type="checkbox"/> Commotion cérébrale avec syncope <input type="checkbox"/> Blessure dentaire <p style="text-align: center;">Autre(s):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p style="text-align: center;">Tête et visage</p> <input type="checkbox"/> Tête <input type="checkbox"/> Visage <input type="checkbox"/> Yeux G / D <input type="checkbox"/> Oreilles G / D <input type="checkbox"/> Nez <input type="checkbox"/> Bouche <p style="text-align: center;">Nuque et tronc</p> <input type="checkbox"/> Cou/nuque <input type="checkbox"/> Poitrine/ventre <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Parties génitales G / D <p style="text-align: center;">Membres supérieurs</p> <input type="checkbox"/> Épaule G / D <input type="checkbox"/> Bras (haut) G / D <input type="checkbox"/> Coude G / D <input type="checkbox"/> Avant-bras G / D <input type="checkbox"/> Poignet G / D <input type="checkbox"/> Main G / D <input type="checkbox"/> Doigts G / D	<p style="text-align: center;">Membres inférieurs</p> <input type="checkbox"/> Hanche G / D <input type="checkbox"/> Aine G / D <input type="checkbox"/> Cuisse G / D <input type="checkbox"/> Genou G / D <input type="checkbox"/> Jambe (bas) G / D <input type="checkbox"/> Cheville G / D <input type="checkbox"/> Talon G / D <input type="checkbox"/> Pied G / D <input type="checkbox"/> Orteils G / D <p style="text-align: center;">Autre(s):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
---	---	--

QUESTIONNAIRE

- 1) Estimez-vous que la/les lésion(s) constatée(s) peut/peuvent avoir eu pour cause l'accident relaté? Oui Non
- 2) Y-a-t-il concours d'un état antérieur (maux/maladies)?
 - Non
 - Oui. La victime n' était pas entièrement rétablie (rechute).
 - Oui. La victime était totalement rétablie (récidive).
- 3) Une intervention chirurgicale a-t-elle été pratiquée? Oui Non
- 4) Durée probable du traitement:
 - Néant 1 à 2 mois
 - 1 à 14 jours Plus de 2 mois
 - 15 à 30 jours
- 5) Prévoyez-vous une guérison complète? Oui Non Ne peut être déterminé
- 6) Quand estimez-vous que la victime pourra reprendre le sport à 100%?

<input type="checkbox"/> Immédiatement <input type="checkbox"/> Dans 1 à 14 jours <input type="checkbox"/> Dans 15 jours à 2 mois	<input type="checkbox"/> Dans plus de 2 mois <input type="checkbox"/> Ne peut être déterminé	Signature du médecin
---	---	----------------------