

DECLARATION D'ACCIDENT

Aig-Assistance – Accident de plongée à l'étranger – Policy number: ARENA 2.009.718/010

CALL CENTER 32.2.253.69.16

Accident mortel: endéans les 48 heures au secretariat, NELOS et à ARENA. Autres accidents: endéans les 15 jours au secrétariat NELOS (La dernière visite médicale doit être joint)

ACCIDENTCORPORELLE

Secrétariat NELOS– Brusselsesteenweg, 313-315 – 2800 Mechelen – Tel. 015/29 04 86 Fax 015/20 61 58
ARENA – Jozef II-straat 36/38 – 1000 Brussel – Tel. 02/512 03 04 – Fax: 02/512 70 94 (Mme. Inge Ghijssels)

Identité de la victime

Nom et prénoms:.....
Adresse complète:.....
Téléphone:Sexe: M/F (*) Date de naissance:.....
Profession:Ouvrier/Employé/Indépendant/Secteur public (*)
Nom et adresse de l'employeur:.....
Mutuelle: - Assuré obligatoire Oui/Non*
- Indépendant petits risques Oui/Non*
Gros risques Oui/Non*
- Autres:.....
Brevet: n° Brevet:.....Date de la dernière visite médicale:.....

Nom du club

Nom: KORTRIJKSE DUKERSKLUBa.s.b.l. Oui
Siège social: ROGELAAN 79 – 8500 KORTRIJK
Adresse du secrétariat: KASTEELSTRAAT 27 – B8880 LEDEGEM – 056/509354

Identité des accompagnants

1 Nom et prénoms:.....
Adresse:.....
Tél.:Brevet:.....n° Brevet:.....
Chef de palanquée/serre-file/Accompagnant (*)
2 Nom et prénoms:.....
Adresse:.....
Tél.:Brevet:.....n° Brevet:.....
Chef de palanquée/serre-file/Accompagnant (*)
3 Nom et prénoms:.....
Adresse:.....
Tél.:Brevet:.....n° Brevet:.....
Chef de palanquée/serre-file/Accompagnant (*)

Identité des témoins

1. Nom prénom et Tél.:.....
Adresse:.....
2. Nom prénom et Tél.:.....
Adresse:.....

(*) Biffer les mentions inutiles.

CERTIFICAT MEDICAL

Médecin traitant

Nom et prénoms:

Adresse:

Tél.: Membre de la Commission Médicale? Oui/Non (*)

Généralités

Nom, prénom et club de l'accidenté:

Quand avez-vous été appelé auprès de la victime? Date.....Heure

Remarques:.....

Nature des lésions

Nature et gravité des lésions:

.....

.....

La victime était-elle, antérieurement à l'accident, estropiée, mutilée ou atteinte d'une infirmité ou maladie? Oui/nom*

La victime a-t-elle déjà été victime d'un accident de plongée? Oui/Nom*

Si OUI, à quelle date?.....

- Quelle fut la nature de la lésion:.....

- S'agit-il d'une récurrence Oui/Non*.....

Conclusions

La victime est-elle totalement ou partiellement incapable de vaquer à ses occupations professionnelles? Oui/Non*

Si QUI: Totalement pendant:.....jours

Partiellement pendant:.....jours..... Explications:.....

.....

- Estimez-vous l'intervention d'un radiologue ou d'un spécialiste indispensable? Oui/non*

Explications:.....

.....

- L'accident provoquera-t-il une invalidité permanente Oui/Non*

Si OUI:

Cachet du médecin

Délivré le:

à:

Signature,

(*) Biffer les mentions inutiles

Accident corporel causé par des tiers

Si la responsabilité d'une tierce personne est engagée, donner son nom et prénoms, ainsi que le nom d'une compagnie d'assurance auprès de laquelle elle est assurée:

.....

CAS DE RESPONSABILITE CIVILE

La rubrique ci-dessous ne doit être remplie qu'en cas de dommages matériels et/ou physiques causés à des tiers.

Veillez remplir la 1^e page:

- Identité de la victime (l'accidenté ou la personne qui a subi des dommages)
- Identité du club
- Identité des témoins (2)

Dommages

Description et estimation des dommages matériels:.....

.....

Descriptions des dommages corporels:

.....

Responsabilité

Qui est responsable de l'accident?

.....

Pourquoi:

.....

Procès-verbal

Un procès-verbal a-t-il été dressé? Oui/Non*)

Par quelle autorité?

(*) Biffer les mentions inutiles.

SIGNATURES

Signature du secrétaire,

Signature de la victime,

**Signature des témoins et/ou
accompagnants**
