



Déclaration d'accident ASSOCIATION

Numéro de police	36.930.061
Date et heure accident	

Le formulaire peut être envoyé à : verzekering@s-sportrecreas.be

Association sportive, de loisirs ou culturelle

Nom de l'association :	Référence de l'association :	
Rue :	Numéro :	Boîte :
Code postal :	Localité :	
Tél.		
E-mail :		
E-mail direction :		
Numéro de compte IBAN de l'association :		
Informez mon AMI : Choose an item.		

IMPORTANT :

S'il y a des dommages corporels et si la victime est membre de l'association, nous vous demandons de joindre une attestation médicale, dans laquelle sont mentionnés la nature des lésions, la durée probable de l'incapacité temporaire, et si possible une estimation de l'invalidité éventuelle conséquente.

Informations générales: incident pour lequel une couverture de l'assurance est demandée

Veuillez nous communiquer **toutes les informations** possibles concernant les circonstances dans lesquelles l'incident a eu lieu (lieu, date, heure, nature de l'incident, activités pendant lesquelles l'incident s'est produit, etc...):

Nom et adresse du membre de l'association impliqué dans l'incident (en tant que responsable ou victime) :

Nom :	Prénom :	
Rue :	Numéro :	Boîte :
Code postal :	Localité :	
Adresse e-mail parents/victime :		
GSM/Tél. parents/victime :		

Témoins

Nom :	Prénom :	
Rue :	Numéro :	Boîte :
Code postal :	Localité :	

S'il n'y a pas eu de témoins, nom et adresse des témoins de l'état du blessé et de ses plaintes après l'accident:

Nom :	Prénom :	
Rue :	Numéro :	Boîte :
Code postal :	Localité :	

Procès-verbal

Un procès-verbal a-t-il été rédigé ?	Oui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>
Si oui, par qui ?		
Date du PV :		
Numéro du PV :		

Informations relatives à l'assurance responsabilité

Identité et adresse complète du tiers impliqué dans l'accident :

Nom :	Prénom :	Boîte:
Rue :	Numéro :	
Code postal :	Localité :	
Numéro de compte bancaire IBAN du tiers :		
Le tiers est-il également membre de l'association ?	Oui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>
Si oui, en quelle qualité :		
Nature et ampleur des dommages du tiers :		

Médecin traitant du tiers

Nom :	Prénom :	Boîte:
Rue :	Numéro :	
Code postal :	Localité :	

Informations relatives à l'assurance individuelle dommages corporels

Identité et adresse complète de l'assuré qui a subi des dommages corporels :

Nom :	Prénom :	Boîte:
Rue :	Numéro :	
Code postal :	Localité :	
Profession de la victime :		
Nature et gravité des dommages corporels :		

Médecin traitant de l'assuré

Nom :	Prénom :	Boîte:
Rue :	Numéro :	
Code postal :	Localité :	

N'oubliez pas de remplir le **certificat médical**. Vous pouvez le trouver sur notre site web.

Identité du tiers qui a causé les dommages

Nom :	Prénom :	
Rue :	Numéro :	Boîte:
Code postal :	Localité :	
Ce tiers est-il également membre de l'association ?		Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
Si oui, en quelle qualité? :		

Identité et numéro de compte de la personne à qui l'indemnité éventuelle doit être versée

Nom :	Prénom :	
Rue :	Numéro :	Boîte:
Code postal :	Localité :	
Numéro de compte bancaire IBAN :		BIC :

Remarques

--

Privacy notice.

En qualité de responsable du traitement, nous mettons tout en œuvre pour traiter vos données à caractère personnel de manière sûre et intégrée, et cela en conformité avec la réglementation en vigueur en matière de vie privée. Vous pouvez obtenir tous les détails relatifs à notre politique Vie Privée sur notre site « <https://www.pv.be/fr/vie-privee> »

Etabli à	
Date	

Nom et signature du représentant de l'association

Nom :	Prénom :
-------	----------

--