

DECLARATION D'ACCIDENT DE KARATE
LIGUE FRANCOPHONE DE KARATE DE BELGIQUE, A.S.B.L.
Cie AXA Police n° 100/500036473

Nom du club :

Numéro fédéral :

INSTRUCTIONS GENERALES EN CAS D'ACCIDENT

1. Adressez la présente déclaration au secrétariat général L.F.K.B. au plus tard dans les 4 jours qui suivent l'accident. Toutes les rubriques doivent être complétées lisiblement.
2. Le remboursement des frais se calcule sur base INAMI, sous déduction des remboursements effectués par la mutuelle et de la franchise de 25,00 €. Adresser, au secrétariat général L.F.K.B., les attestations de remboursement avec mention de la partie restant à votre charge.
3. Les produits pharmaceutiques seront remboursés si un reçu établi par le pharmacien est transmis au secrétariat général L.F.K.B.

IDENTITE DE LA VICTIME

Nom et prénom : Date de naissance :

Adresse : Tél :/.....

N° de la licence : valable jusqu'au :/...../ 200.. Profession :

Nom et prénom du chef de ménage :

Où se trouve actuellement la victime :

RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'ACCIDENT

Date :/...../200.. jour : heure :

Lieu :

Identité du responsable du club (moniteur ou assistant) : nom et prénom :

Adresse : Tél :/.....

Identité des autres témoins de l'accident : nom, prénom, adresse :

..... Tél :/.....

Causes et circonstances de l'accident :

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

La victime est-elle assurée à d'autres compagnies ? OUI – NON *

Si OUI, quelle compagnie ?

La victime bénéficie-t-elle d'une assurance complémentaire ? OUI – NON*

Si OUI, laquelle ?

La victime bénéficie-t-elle d'une assurance maladie et invalidité (mutuelle) ? OUI – NON*

Comme assuré obligatoire ? OUI – NON*

Comme assuré libre (petits ou gros risques) ? OUI – NON*

Dénomination de la société de mutuelle :

Fait à, le/...../200..

Signature de la victime : signature du responsable de la salle :

Ligue Francophone de Karaté de Belgique, ASBL

Secrétariat général

Denis THAUVOYE

Av. Albert 1er, 38, bte3

4040 WEMMEL

* Barrer les mentions inutiles.

CERTIFICAT MEDICAL

A remplir par un médecin

Docteur :
Adresse :
Tél. :/.....

Nom et prénom du blessé :
Date de naissance :/...../.....
Date de l'accident :/...../200...
Date de la première consultation :/...../200...

Lésions constatées :
.....
.....

Incapacité résultant des lésions :

Totale (1) durée :
Partielle : taux :
Suite présumée :
.....
.....

S'agit-il d'une rechute d'un accident sportif ? OUI – NON* Date
de l'accident précédent :/...../.....

Quelles lésions avaient été encourues lors du premier accident ?

Le blessé doit-il être hospitalisé ? OUI – NON*

Le traitement prescrit est :

Les prédispositions, maladies préexistantes à l'accident qui pourraient anormalement aggraver
les conséquences de celui-ci sont :

L'intervention d'un médecin spécialiste paraît-elle : UTILE – INUTILE*

La radiographie est : NECESSAIRE – INUTILE*

L'hospitalisation pourra-t-elle s'imposer ? OUI – NON*

Observations :
.....

Fait à, le/...../200...

(signature et cachet du médecin)

Mesdames et Messieurs les médecins sont aimablement priés de ne laisser aucune des questions posées sans réponse.

Merci d'avance pour votre précieuse collaboration.

(1) L'incapacité n'est totale que si la victime est incapable de toute occupation rentrant dans le cadre de sa profession.

* Barrer les mentions inutiles.