



SKIF Belgium asbl/vzw

Shotokan Karate-do International Federation Belgium

www.skifb.be

Member of Shotokan Karate-Do International Federation – Tokyo – Japan
Member of Shotokan Karate-Do International European Federation

EN CAS D'ACCIDENT – procédure à suivre

Chers Parents, Chers Membres,

La déclaration d'accident se compose de 3 pages :

A = déclaration d'accident

B = certificat médical

C = certificat de guérison

En cas d'accident, la victime doit remplir la page **A** et le docteur doit remplir la page **B** le plus rapidement possible pour constater les lésions. Les pages **A** et **B** doivent être **scannées** (! uniquement au format .pdf) et **envoyées, par mail**, à l'adresse ci-dessous. Ne pas envoyer ces pages A et B directement vers la compagnie d'assurance, car la Fédération doit d'abord vérifier et confirmer à la compagnie d'assurance que la victime a bien une licence et une assurance en règle.

La victime recevra directement de l'assurance un message qu'ils ont ouvert un dossier, ainsi qu'un numéro de référence pour ce dossier. S'il s'agit d'un accident qui nécessite une ou plusieurs opérations ainsi qu'une longue période de révalidation (avec séances de kiné par exemple, ou autres...) il vaut mieux informer régulièrement la compagnie pour que le dossier reste bien ouvert.

Tous les documents justificatifs, relatifs à l'accident, sont à conserver par la victime jusqu'au moment de la guérison (voir ci-dessous). Ne pas envoyer ces documents vers l'adresse mail ci-dessous.

Dès que la victime est guérie, elle doit faire compétrer la page **C** par le docteur et envoyer celle-ci (avec les preuves des frais et règlement mutualité) directement à l'assurance (ne pas oublier de mentionner le numéro de dossier communiqué par la compagnie d'assurance).

Personne de contact de la Fédération SKIF-B :

Stephan Van Lerberghe

stephan.vanlerberghe@skifb.be

**A**

| | | | |
|---|---|----------|---------------|
| DECLARATION D'ACCIDENT | | N° _____ | POLICE |
| Souscripteur | Nom - Prénoms : _____ Adresse : _____ Profession : _____ | | |
| Victime | Nom - Prénoms : _____ Adresse : _____ Date de naissance : _____ Profession : _____ Quand la victime a-t-elle dû cesser ses occupations ? _____ Est-elle affiliée à une mutuelle ? <input type="checkbox"/> Oui - Veuillez l'aviser <input type="checkbox"/> Non Dispose-t-elle d'une autre assurance couvrant les frais médicaux ou l'hospitalisation ? <input type="checkbox"/> Oui : auprès de quelle Compagnie " ? _____ <input type="checkbox"/> Non | | |
| Bénéficiaire de l'indemnité | Nom - Prénoms : _____ Adresse : _____ Mode de paiement : _____ | | |
| Accident | Date et heure : _____ Lieu précis : _____ Circonstances : _____ <small>(aussi détaillées que possible)</small> Genre : <input type="checkbox"/> Vie privée <input type="checkbox"/> Sport <input type="checkbox"/> Ecole <input type="checkbox"/> Agriculteur <input type="checkbox"/> Bénévole <input type="checkbox"/> Patron <input type="checkbox"/> Famille patron <input type="checkbox"/> _____ | | |
| Témoins | Nom - Prénoms : _____ Adresse : _____ | | |
| Tiers | Si un tiers est responsable de l'accident quelle est a) son identité (nom, adresse) ? _____ b) sa compagnie d'assurances? _____ c) votre assureur «défense et recours» _____ | | |
| Si votre responsabilité est engagée, veuillez nous communiquer le nom de votre compagnie d'assurances | | _____ | |

Toute escroquerie ou tentative d'escroquerie envers la compagnie d'assurance entraîne non, seulement la résiliation du contrat d'assurance, mais fait également l'objet de poursuites pénales sur la base de l'article 496 du Code pénal. La compagnie d'assurances pourra le cas échéant, communiquer au GIE Datassur des données à caractère personnel pertinentes dans le cadre exclusif de l'appréciation des risques, de la gestion des contrats et des sinistres y relatifs.
Toute personne a le droit d'obtenir communication et, le cas échéant, rectification des données la concernant auprès de Datassur par une demande datée et signée accompagnée d'une copie de sa carte d'identité adressée à Datassur, 29 square de Meeûs à 1000 Bruxelles.

Les données communiquées peuvent être traitées par AXA Belgium en vue du service à la clientèle, de l'acceptation des risques, de la gestion des contrats et des sinistres ainsi que du règlement des prestations.

En vue d'offrir les services les plus appropriés, ces données pourront être communiquées aux entreprises du groupe AXA ou aux entreprises en relation avec celles-ci.

Les personnes concernées donnent leur consentement pour le traitement des données relatives à leur santé lorsqu'elles sont nécessaires à l'acceptation, la gestion et l'exécution du contrat par les gestionnaires intervenant dans le cadre de ce contrat. Ce traitement est prévu par la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée.

Toutes les informations seront traitées avec la plus grande discrétion.

Les personnes concernées peuvent connaître ces données, les faire rectifier et s'opposer gratuitement à leur traitement à des fins de direct marketing au moyen d'une demande datée et signée accompagnée d'une photocopie recto verso de la carte d'identité, adressée au service clientèle de la compagnie.

De plus amples informations peuvent être obtenues auprès du service clientèle de la compagnie.

Fait à , _____ , le _____ Signature de la victime



| | | |
|--|---|-------------------------|
| SINISTRE N° _____ | CERTIFICAT MEDICAL | Nr° _____ POLICE |
| De M. le Docteur spécialiste en demeurant à | _____ _____ _____ | |
| Souscripteur Nom - Prénoms Adresse | _____ _____ | |
| Victime Nom - Prénoms Date de naissance | _____ _____ | |
| Date de l'accident Date première visite | _____ _____ | |
| Lésions constatées | _____ _____ S'agit-il d'une pathologie <input type="checkbox"/> traumatique <input type="checkbox"/> microtraumatique ? | |
| Incapacité résultant des lésions | Totale (1) - durée _____ Partielle _____ : Taux : _____ Durée : _____ _____ _____ | |
| Suites présumées | _____ _____ | |

La victime est soignée _____

Le traitement institué est le suivant : _____

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

L'intervention d'un médecin spécialiste paraît être: utile - inutile.

La radiographie est: nécessaire - utile.

L'hospitalisation: s'impose - ne s'impose pas.

Il est à craindre qu'il subsistera une invalidité permanente qui consistera vraisemblablement en : _____

Observations : _____

(Signature)

Fait à _____ , le _____

(1) L'incapacité n'est totale que si la victime est incapable de toute activité professionnelle. Dans les autres cas, elle est partielle.



| | | |
|--|---|----------------------------|
| SINISTRE N° _____ | CERTIFICAT DE GUERISON OU DE CONSOLIDATION | POLICE Nr° _____ |
| De M. le Docteur spécialiste en demeurant à _____ | _____ _____ _____ | |
| Souscripteur Nom - Prénoms Adresse _____ | _____ _____ | |
| Victime Nom - Prénoms Date de naissance _____ | _____ _____ | |
| Date de l'accident _____ | _____ | |

Je soussigné _____, Docteur en Médecine, domicilié à _____, déclare que la victime reprise en marge est guérie de ses blessures et en état de reprendre ses occupations à partir du _____

avec invalidité permanente - sans invalidité permanente.

L'incapacité a été :

totale du _____ au _____ inclusivement ;
 partielle à _____ % du _____ au _____ inclusivement ;
 partielle à _____ % du _____ au _____ inclusivement ;
 partielle à _____ % du _____ au _____ inclusivement ;

L'incapacité prévue au certificat de constatation a été notablement dépassée; en voici la cause: _____

Il y a }
 Il n'y a pas } invalidité permanente.

Les séquelles sont : _____

Fait à _____, le _____
 (Signature)

| | Codification barème légal acc. du travail | Montant |
|-------------------------------|---|-----------|
| Frais médicaux | _____ | _____ EUR |
| Frais pharmaceutiques | _____ | _____ EUR |
| | TOTAL : | _____ EUR |
| A payer _____ | | _____ EUR |
| Mode de paiement _____ | | |