



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 compéter 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 :

Dieter Vermandere
insurance@skifb.be

**A**

DECLARATION D'ACCIDENT		POLICE N° _____
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 : _____ (aussi détaillées que possible) _____ _____ _____ 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

**B**

SINISTRE N° _____	CERTIFICAT MEDICAL	POLICE N° _____
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 Suites présumées	Totale (1) - durée _____ Partielle _____ : Taux : _____ Durée : _____ _____ _____ _____	

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 : _____

Fait à _____ , le _____ (Signature)

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



C

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 _____		