



DECLARATION D'ACCIDENT A L'USAGE DES ASSOCIATIONS SPORTIVES ET D'AGREMENT

IL EST DE VOTRE INTERET DE REPENDRE SCRUPULEUSEMENT AUX QUESTIONS

PRENEUR D'ASSURANCE

| | |
|--|----------------|
| 1. Quel est votre numéro de police? | _____ |
| 2. S'agit-il d'une police d'une Fédération? Si oui, quelle est la division provinciale? | _____ _____ |
| 3. Fédération à laquelle votre club est affilié? | _____ |
| 4. Dénomination exacte de votre club? | _____ |
| 5. Nom et adresse du secrétaire | _____ _____ |

VICTIMES

| | | |
|--------------------------------|---|---|
| 6. Assuré | a) Nom et prénom b) Adresse c) Date de naissance d) Activités professionnelles e) Situation à l'égard de l'I.N.A.M.I. (à indiquer par une croix) f) Situation à l'égard du revenu garanti. (à indiquer par une croix) g) Nom et adresse de l'employeur h) Lésions i) Dispose-t-il d'une autre assurance couvrant les frais médicaux ou l'hospitalisation? | _____ _____ _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> Assuré obligatoire ou à charge d'un assuré obligatoire pour tous les risques. <input type="checkbox"/> Comme indépendant ou à charge d'un indépendant assuré obligatoire pour les seuls gros risques. <input type="checkbox"/> Ou également pour les petits risques. <input type="checkbox"/> L'assuré se trouve-t-il dans une autre situation? Expliquez: _____ <input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Ouvrier <input type="checkbox"/> Domestique <input type="checkbox"/> Indépendant <input type="checkbox"/> Secteur public _____ _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> OUI: auprès de quelle compagnie _____ <input type="checkbox"/> NON |
| 7. Bénéficiaire de l'indemnité | a) Nom et prénoms b) Adresse c) Mode paiement | _____ _____ _____ |
| 8. Adversaire | a) Nom et prénom b) Adresse c) Est-il (elle) aussi un assuré, membre du club? d) Dommages matériels e) Lésions | _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ |



CERTIFICAT MEDICAL
à remplir par le médecin traitant

Police n° _____

| | |
|---|--|
| Docteur Demeurant à Rue / N° | _____ _____ _____ |
| Victime: Nom - Prénom Adresse Date de naissance | _____ _____ _____ |
| Nom du club de la victime | _____ _____ |
| Date de l'accident Date de la première visite | _____ _____ |
| Description détaillée des 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 DUREE _____ _____ |
| Suite présumées | _____ _____ |

L'intéressé(e) a-t-il (elle) déjà été victime d'un accident de sport? _____

A quelle date? _____

Quelles ont été alors les lésions encourues? _____

S'agit-il dans ce cas-ci d'une rechute? _____

Le blessé est soigné _____

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: 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 et cachet du médecin)

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

(*) Biffer les mentions inutiles.



**CERTIFICAT DE GUERISON
OU DE CONSOLIDATION**

Police n° _____

Sinistre n° _____

| | |
|---|-------------------------|
| Docteur Demeurant à Rue / N° | _____ _____ _____ |
| Victime: Nom - Prénom Adresse Date de naissance | _____ _____ _____ |
| Nom du club de la victime | _____ |
| 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 et cachet du médecin)

(*) Biffer les mentions inutiles

FRAIS DE TRAITEMENT

Les honoraires doivent être réglés par la victime contre remise des attestations pour soins donnés, afin de bénéficier de l'intervention de la Mutuelle. Pour nous permettre d'évaluer notre propre intervention, voudriez-vous nous faire parvenir un état détaillé des prestations fournies, avec mention de la nomenclature de l'A.M.I., du nombre, de la date des prestations et des montants respectifs qui ont été payés. Nous vous remercions pour votre collaboration.



Blessé: _____

Police n°: _____

Date de l'accident: _____

Sinistre n°: _____

ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR

Salaire horaire net ou appointement mensuel avant l'accident: _____ à l'heure - par mois

Reprise du travail: Partielle le: _____

Complète le: _____

Perte de rémunération subie par le travailleur:

Rémunération nette durant la période d'incapacité de travail

du _____ au _____ inclus _____

Perte de gratification de fin d'année, de pécule de vacances,

de pécule compl.; ou autres + _____

A diminuer des revenus nets tels que:

Salaire hebdomadaire ou appointement mensuel garanti: _____ - _____

Salaire mensuel garanti complémentaire: _____ - _____

Divers: _____ - _____

Total de perte de rémunération nette subie par le travailleur: _____

Cachet de l'employeur

Fait à:

le:

ATTESTATION DE LA MUTUELLE

I. CONCERNANT LA PERTE DE SALAIRE

Indemnité primaire reçue: du _____ au _____ ,

soit _____ jours à _____ = _____ .

La victime n'a pas été indemnisée par la Mutuelle pour la période du _____ au _____ inclus

par suite de: carence - vacances - salaire hebdomadaire garanti - sanction - pas en ordre.

Cachet de la Mutuelle

Fait à:

le:

II. CONCERNANT LES FRAIS DE TRAITEMENT

Nous vous prions d'établir un état détaillé, avec les mentions suivantes:

- Date des prestations
- Nomenclature
- Montant payé par la victime
- Montant de votre invention
- Origine des frais de traitement

Nous vous remercions au nom de la victime pour votre collaboration.