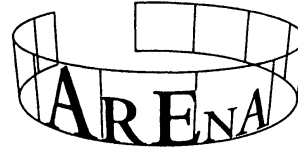


Secrétariat LIFRAS
Rue Jules Broeren 38
1070 BRUXELLES
Tél. 02.521.70.21
Fax 02.522.30.72



Rue Joseph II, 36-38
1000 BRUXELLES
Tél. 02.512.30.04
Fax 02.512.70.94

DÉCLARATION D'ACCIDENT

Accident mortel : endéans les 48 heures au secrétariat LIFRAS et à ARENA
Autres accidents : endéans les 15 jours au secrétariat LIFRAS

Identité de la victime

Nom et prénoms
Adresse complète
Téléphone Sexe : M/F* – Date de naissance
Profession Ouvrier/Employé/Indépendant/Secteur public*
Nom et adresse de l'employeur
Mutuelle : – Assuré obligatoire Oui/Non*
 – Indépendant petits risques Oui/Non*
 gros risques Oui/Non*
 – Autres
Brevet* : NB/1★/2★/3★/4★/MC/MF/MN – Numéro du registre des brevets :
Date de la dernière visite médicale

Nom du club

Nom a.s.b.l. Oui/Non*
Siège social
Adresse du secrétariat

Identité des accompagnants

1	Nom et prénoms Sexe : M/F* Adresse Tél. Brevet* : Numéro du registre des brevets : Chef de palanquée/Serre-file/Accompagnant*
2	Nom et prénoms Sexe : M/F* Adresse Tél. Brevet* : Numéro du registre des brevets : Chef de palanquée/Serre-file/Accompagnant*
3	Nom et prénoms Sexe : M/F* Adresse Tél. Brevet* : Numéro du registre des brevets : Chef de palanquée/Serre-file/Accompagnant*

Identité des témoins

1	Nom et prénom Tél. Adresse
2	Nom et prénom Tél. Adresse

CERTIFICAT MÉDICAL

Médecin traitant

Nom et prénoms

Adresse

Tél.

Généralités

Nom, prénom et club de l'accidenté

Quand avez-vous été appelé auprès de la victime ? Date Heure.....

Remarques

Nature des lésions

Nature et gravité des lésions

.....

.....

.....

La victime était-elle, antérieurement à l'accident, estropiée, mutilée ou atteinte d'une infirmité ou maladie ? Oui/Non*

La victime a-t-elle déjà été victime d'un accident de plongée ? Oui/Non*

Si OUI, à quelle date ?

 quelle fut la nature de la lésion

 s'agit-il d'une récurrence Oui/Non*

Conclusions

La victime est-elle totalement ou partiellement incapable de vaquer à ses occupations professionnelles ? Oui/Non*

Si OUI : Totalement pendant

 Partiellement pendant %.....

Estimez-vous l'intervention d'un radiologue ou d'un spécialiste indispensable ? Oui/Non*

.....

.....

L'accident provoquera-t-il une invalidité permanente Oui/Non*

Si OUI,

.....

Cachet du médecin,

Délivré le

à

Signature,

Accident corporel causé par des tiers

Si la responsabilité d'une tierce personne est engagée, donner ses nom et prénoms, ainsi que le nom d'une compagnie d'assurance auprès de laquelle elle est assurée :

.....
.....
.....

CAS DE RESPONSABILITÉ CIVILE

La rubrique ci-dessous ne doit être remplie en complément de la page 1 qu'en cas de dommages matériels et/ou physiques causés à des tiers.

Dommages

Description et estimation des dommages matériels

.....
.....
.....
.....
.....

Description des dommages corporels

.....
.....
.....
.....

Responsabilité

Qui est responsable de l'accident ?

Pourquoi ?

.....
.....

Procès-verbal

Un procès-verbal a-t-il été dressé ? Oui/Non*

Par quelle autorité ?

.....

SIGNATURES

Signature du secrétaire,

Signature de la victime,

Signatures des témoins
et/ou accompagnants,