



S.K.I.F - BELGIUM

Shotokan Karate-Do International Federation Belgium asbl/vzw
www.skifb.be

Registered office: Avenue Baron Seutin 19, 1410 Waterloo (Belgium)

Member of S.K.I.F. – Federation of the late Master HIROKAZU KANAZAWA, 10th Dan – Tokyo – Japan

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 :

Stephan Van Lerberghe
stephan.vanlerberghe@skifb.be



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 (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 pourraient 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	N° 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.

**C**

SINISTRE N°	CERTIFICAT DE GUERISON OU DE CONSOLIDATION	POLICE N°
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	.....