

FORMULAIRE DE DECLARATION "ACCIDENTS CORPORELS"

Veillez transmettre le formulaire au secrétariat de votre fédération à l'adresse suivante :

F F B C - AVENUE H. LIMBOURG 26 - 1070 BRUXELLES

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE CLUB ET /OU VOTRE FEDERATION

Police n° : **A.C. 2.004.970**
R.C. 1.116.462

FEDERATION FRANCOPHONE BELGE
DE CYCLOTOURISME asbl



Dénomination de votre club

Nom et adresse du responsable du club

Tel. n° / GSM E-mail

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME

Nom

Prénom

Adresse

Date de naissance / / M F Profession

Membre du club depuis le / / N° carte de membre fédérale

Au moment de l'accident vous étiez : pratiquant officiel arbitre spectateur

autre :

IBAN N° BIC N°

E-mail

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT

Date de l'accident / / Jour Heure

Lieu de l'accident

Description de l'accident (*causes, circonstances, suites*)

Croquis (*à ajouter s'il s'agit d'un accident de circulation*)

.....

.....

.....

En ce qui concerne les lésions corporelles, veuillez faire remplir le certificat médical ci-joint par votre médecin.

Pendant quelle sorte d'activité l'accident a-t-il eu lieu ? Entraînement Match / Compétition officielle

Match / Compétition amicale Couverture "Risques temporaires" souscrite séparément Autre :

Pendant la participation à une activité organisée par le club Sur le chemin aller/retour d'une activité du club

Pendant la participation à une activité sans aucun lien avec le club Moyen de transport utilisé

TEMOIGNAGES

Noms et adresses des témoins de l'accident :

.....

.....

.....

Pour les accidents survenus lors d'un match ou compétition de club :

Nom de l'adversaire (club)

Nom de l'arbitre

DONNEES CONCERNANT LA RESPONSABILITE

L'accident est-il imputable à un autre assuré ? oui non

Si oui, son nom et adresse

.....

Age

Y a-t-il eu constat par une autorité verbalisante ? oui non

Si oui, laquelle ?

Eventuellement, n° du proces-verbal

DECLARATION DONNEES MEDICALES

Nous vous prions de bien vouloir compléter la rubrique ci-dessous ou d'y apposer une vignette de votre mutualité, ainsi que de signer la déclaration relative aux données médicales.

Nom du titulaire Prénom

Organisme assureur

N° d'inscription

"En vue d'une gestion efficace de mon dossier, et uniquement à cet effet, je donne autorisation au traitement des données médicales me concernant relatives à l'accident dont j'ai été victime." (art. 9 Règlement Général sur la Protection des Données - RGPD) La victime marque également son accord pour ce qui concerne la "Déclaration de confidentialité" jointe à la présente.

Fait à En date du

SIGNATURE RESPONSABLE DU CLUB	SIGNATURE VICTIME / TUTEUR LEGAL ^(*)
	<i>qui cependant confirme son accord formel par rapport à la susdite déclaration concernant ses données médicales</i>
	<small>(*) La personne qui a la responsabilité parentale pour l'enfant âgé de moins de 16 ans.</small>

Nous gérons votre dossier pour compte de : StarStone Insurance SE
Authorised and regulated by the Financial Market Authority (FMA)

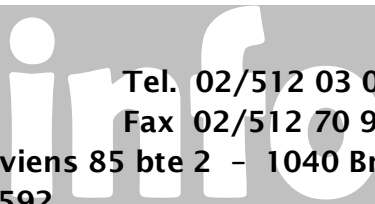
Souhaitez-vous de plus amples renseignements ?

arena@arena-nv.be

www.arena-nv.be

S.A. ARENA - Avenue des Nerviens 85 bte 2 - 1040 Bruxelles

FSMA n° 10.365 / 0.449.789.592



Tel. 02/512 03 04

Fax 02/512 70 94

DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ

Arena attache une grande importance à votre vie privée et la protection de vos données personnelles. Nous mettons tout en œuvre pour garantir votre vie privée et donc gérer vos données personnelles avec soin. Ces données personnelles sont traitées par Arena, dont le siège social se situe Avenue des Nerviens 85/Bte 2 à 1040 Bruxelles (arena@arena-nv.be) conformément aux données générales du règlement 2016/679 (« GDPR »).

Si, après avoir lu notre déclaration de confidentialité, vous avez encore des questions à ce sujet, vous pouvez contacter le responsable de la protection des données d'Arena à l'adresse susmentionnée.

Tout membre de votre fédération et / ou club peut bénéficier des garanties fournies par Arena. Arena collecte vos données personnelles dans le cadre des demandes de remboursement lorsque vous soumettez un formulaire de déclaration «Accident corporel», «Responsabilité civile» ou «Assistance juridique». Ces données personnelles sont traitées pour l'exécution du contrat d'assurance entre Arena et votre fédération et / ou club, et plus spécifiquement pour la gestion des réclamations. Arena traite également les données personnelles afin de récupérer des avantages ou d'exercer son droit de recours légal. Les catégories suivantes de données personnelles peuvent être traitées aux fins décrites ci-dessus: nom complet, adresse, date de naissance, lieu de naissance, sexe, numéros de téléphone et fax, adresse e-mail, numéro de compte bancaire, nationalité, numéro national, occupation, photo et URL. Arena traite également vos données médicales, pour lesquelles votre consentement explicite est demandé via le formulaire de déclaration.

Nous pouvons fournir les informations que vous nous fournissez à des tiers si cela est nécessaire pour l'exécution des fins décrites ci-dessus. Bien entendu, nous prenons les dispositions nécessaires avec ces parties pour assurer la sécurité de vos données personnelles. En outre, nous ne transmettons pas les données fournies à des tiers, à moins que cela ne soit légalement requis et / ou autorisé, comme par exemple dans le cadre d'une enquête policière ou judiciaire. Nous ne fournissons pas de données personnelles à des parties situées en dehors de l'UE.

Les données personnelles sont conservées jusqu'à l'expiration de l'obligation légale de conservation des données, notamment jusqu'à la fin des obligations fiscales et comptables et la fin de la responsabilité contractuelle.

Vous avez le droit de demander gratuitement l'inspection, une copie, l'ajustement de vos données personnelles ou l'effacement de données personnelles incorrectes / incomplètes ou non pertinentes. Vous pouvez également faire opposition au traitement de vos données personnelles (ou d'une partie de celles-ci). Nous vous demanderons de vous identifier avant de pouvoir répondre aux demandes susmentionnées.

Des mesures techniques et organisationnelles appropriées ont été prises pour protéger les données personnelles contre le traitement illégal et Arena a une politique de confidentialité, dont vous pouvez obtenir une copie gratuite sur demande. Si vous souhaitez exercer ces droits à tout moment, vous pouvez nous envoyer une lettre ou un e-mail (voir ci-dessus) avec une preuve de votre identité. Si vous avez une plainte concernant le traitement des données personnelles, nous vous demandons de nous contacter directement. Vous avez également le droit de déposer une plainte auprès de l'Autorité de Protection des Données (APD), Rue de la Presse 35 à 1000 Bruxelles (<https://www.autoriteprotectiondonnees.be/>).

à remplir par le médecin
CERTIFICAT MEDICAL

1) Nom du médecin
 Adresse
 Tel. n° E-mail

2) Nom de la victime
 Adresse

3) Date de l'accident / /

4) Date et heure à laquelle vous avez examiné la victime / / à . hrs.

5) Quelle est la nature des lésions encourues et quelles parties du corps ont été touchées ?

➤ S'agit-il d'une lésion due à un traumatisme aigu ? oui non

➤ Y a-t-il une anamnèse ? oui non

➤ La lésion peut-elle être due à ou être influencée par un processus progressif ou une prédisposition ? oui non

➤ Remarques :

6) Durée prévue du traitement

7) La victime est-elle totalement ou partiellement incapable d'exercer ses activités normales ? oui non

➤ Totalement pendant jours.

➤ Partiellement pendant jours.

8) Estimez-vous que l'intervention d'un radiologue ou d'un spécialiste est indispensable ? oui non

➤ Si oui, laquelle ?

9) L'accident entrainera-t-il une incapacité permanente ou peut-on espérer le rétablissement complet ?

ANTECEDENTS

10) La victime était-elle antérieurement à l'accident mutilée ou atteinte d'une infirmité ou d'une maladie ?

11) L'anamnèse révèle-t-elle que dans le passé la victime a déjà eu un accident ou présenté des symptômes ayant ou non donné lieu au traitement des lésions du même type de celles que vous avez constatées actuellement ?

S'agit-il éventuellement d'une récurrence ?

Fait à

Signature et cachet du médecin

 En date du / /