DECLARATION D'ACCIDENT

Aig-Assistance – Accident de plongée à l'étranger – Policy number: ARENA 2.009.718/010

CALL CENTER 0032 3 253 69 16

Accident mortel: endéans les 48 heures au secretariat, NELOS et à ARENA. Autres accidents: endéans les 15 jours au secrétariat NELOS (La dernière visite medicale doit être joint)

ACCIDENTCORPORELLE

Secrétariat NELOS– Brusselsesteenweg, 313-315 – 2800 Mechelen – Tel. 015 29 04 86 Fax 015 20 61 58
ARENA – Nerviërslaan 85 bus 2 – 1040 Brussel – Tel. 02 512 03 04 – Fax: 02 512 70 94 (Mme. Inge Ghijsels)

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:…….

Brevet: ……. n° Brevet:…….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:……..

Adresse:…….

Tél.: ……Brevet:……n° Brevet:…….

Chef de palanquée/serre-file/Accompagnant (*)

2 Nom et prénoms:……..

Adresse:…….

Tél.: ……Brevet:……n° Brevet:…….

Chef de palanquée/serre-file/Accompagnant (*)

3 Nom et prénoms:……..

Adresse:…….

Tél.: ……Brevet:……n° Brevet:…….

Chef de palanquée/serre-file/Accompagnant (*)

Identité des témoins

1. Nom prénom et Tél.:…….

Adresse:……

2. Nom prénom et Tél.:……

Adresse:……

(*) Biffer les mentions inutiles.

L'ACCIDENT

Généralités

Lieu: ……..
Date:……..

Accident EN plongée Oui/Non* Durant activité club Oui/Non*

Si OUI première plongée/successive* - Intervalle

Description

Description des faits.
En cas d'accident de plongée, stipuler TEMPS, PROFONDEUR ET PALIERS EVENTUELS_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Joindre annexe éventuellement. Nombre d'annexes……

(*) Biffer les mentions inutiles.

Date:……..

Nom du déclarant et signature,

CERTIFICAT MEDICAL

Médecin traitant

Nom et prénoms: ……

Adresse: ……..

Tél.:…….. Membre de la Commission Médicale NELOS? Oui/Non (*)

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 infimité ou maladie? Oui/nom*

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

Si OUI, à quelle date?.....
- Quelle fut la nature de la lésion:……
- S'agit-il d'une récidive Oui/Non*……

Conclusions

La victime est-elle totalement ou partiellement incapable de vaquer à ses occupations professionnelles? Oui/Non*
Si QUI: Totalement pendant:……jours
Partiellement pendant:……..jours.……..... Explications:…….
……
_____

- Estimez-vous l'intervention d'un radiololgue ou d'un spécialiste indispensable? Oui/non*
Explications:……
…….

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

Si OUI: ……..

Cachet du médecin

(*) Biffer les mentions inutiles

Délivré le: …….
à: ……
Signature,

Accident corporel causé par des tiers

Si la responsabilité d'une tierce personne est engage, donner son nom et prénoms, ainsi que le nom d'une compagnie d'assurance auprès de laquelle elle est assureé:
……
……
……

CAS DE RESPONSABILITE CIVILE

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

Veuillez remplir la 1e page:
- Identité de la victime (l'accidenté ou la personne qui a subit des dommages)
- Identité du club
- Identité des témoins (2)

Dommages

Description et estimation des dommages matériels:…….
……..
Descriptions 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? ……..

(*) Biffer les mentions inutiles.

SIGNATURES

Signature du secrétaire,	**Signature de la victime,**	**Signature des témoins et/ou accompagnants**
----------	----------	----------