

SOUSCRIPTEUR

Nom : FED.VOLLEY-B.WALL.-BRUX.ASBL
Adresse : Rue de Namur - 5000 BEEZ (B)
N° de police : 45039096 SC - Assurance sportive

CLUB / INSTITUTION ASSURÉ

Nom : Ciney V.C.
Adresse : Rue de Namur, 84 - 5000 Namur (B)

LA VICTIME

Raison sociale * : M. Mme. Melle.

N° d'affiliation :

Nom * :

Prénom * :

Langue * :

Adresse * :

code postal localité

pays

Date de naissance : / /

Numéro du Registre national :

Adresse e-mail :

Confirmation adresse e-mail :

Si la victime est mineure...

Raison sociale * : M. Mme. Melle.

Nom (père, mère, tuteur) * :

Prénom * :

Langue :

Adresse :

code postal localité

pays

Profession :

Adresse e-mail :

Confirmation adresse e-mail :

Numéro de compte IBAN :
Numéro de compte BIC :

Via **quelle compagnie d'assurance** est-il assuré pour sa responsabilité civile (familiale, auto, vélomoteur, etc) ?

Compagnie :
N° de police :
N° de dossier :

OCCUPATION

Occupation de la victime au moment de l'accident *

- Joueur Arbitre
 Délégué Officiel
 Spectateur Autre

L'ACCIDENT

A quel endroit est-il survenu ? *

- Pendant l'activité :
 Sur le chemin de l'activité :
• Déplacement : Individuel Collectif
• Moyen de locomotion utilisé :

Description détaillée de l'accident (causes, circonstances, conséquences et/ou dommages occasionnés) *

TIERS

- Tiers assuré
 Tiers étranger
• Est-il connu ? : Oui Non
• Raison sociale : M. Mme. Mlle.
• Nom :
• Prénom :

- Langue :
- Nom père, mère, tuteur si mineur :
- Adresse :
code postal localité
pays
- Téléphone :
- Fonction :
- Date de naissance : / /
- Adresse e-mail :

Via **quelle compagnie d'assurance** est-il assuré pour sa responsabilité civile (familiale, auto, vélomoteur, etc) ?

- Compagnie :
- Langue :
- N° de police :
- N° de dossier :
- Marque du véhicule :
- Plaque :
- N° de châssis :
- Raison sociale : M. Mme. Melle.
- Nom du conducteur :
- Prénom :
- Langue :
- Adresse :
code postal localité
pays

Tiers assuré

Tiers étranger

- Est-il connu ? : Oui Non
- Raison sociale : M. Mme. Melle.
- Nom :
- Prénom :
- Langue :
- Nom père, mère, tuteur si mineur :

- Adresse :
code postal localité
pays
- Téléphone :
- Fonction :
- Date de naissance : / /
- Adresse e-mail :

Via **quelle compagnie d'assurance** est-il assuré pour sa responsabilité civile (familiale, auto, vélomoteur, etc) ?

- Compagnie :
- Langue :
- N  de police :
- N  de dossier :
- Marque du véhicule :
- Plaque :
- N  de châssis :
- Raison sociale : M. Mme. Melle.

- Nom du conducteur :
- Prénom :
- Langue :
- Adresse :
code postal localité
pays

Tiers assuré

Tiers  tranger

- Est-il connu ? : Oui Non
- Raison sociale : M. Mme. Melle.
- Nom :
- Prénom :
- Langue :
- Nom père, mère, tuteur si mineur :
- Adresse :
code postal localité

- pays
- Téléphone :
 - Fonction :
 - Date de naissance : / /
 - Adresse e-mail :

Via **quelle compagnie d'assurance** est-il assuré pour sa responsabilité civile (familiale, auto, vélomoteur, etc) ?

- Compagnie :
- Langue :
- N° de police :
- N° de dossier :
- Marque du véhicule :
- Plaque :
- N° de châssis :
- Raison sociale : M. Mme. Melle.
- Nom du conducteur :
- Prénom :
- Langue :
- Adresse :
code postal localité
pays

Y a-t-il encore un autre tiers assuré ou étranger impliqué dans l'accident ? : Oui Non

INSTALLATIONS

L'accident est-il dû à une défectuosité des installations ? : Oui Non

Si oui, veuillez préciser..

TÉMOINS

1. Témoin

• Raison sociale * : M. Mme. Melle.

- Nom * :
- Prénom * :
- Langue * :
- Adresse :
code postal localité
pays
- Fonction :
- Adresse e-mail :

2. Témoin

- Raison sociale * : M. Mme. Melle.
- Nom * :
- Prénom * :
- Langue * :
- Adresse :
code postal localité
pays
- Fonction :

- Adresse e-mail :

3. Témoin

- Raison sociale * : M. Mme. Melle.
- Nom * :
- Prénom * :
- Langue * :
- Adresse :
code postal localité
pays
- Fonction :
- Adresse e-mail :

Y a-t-il encore un autre témoin ? : Oui Non

CONSTAT

Y a-t-il eu constat par une autorité verbalisante ? : Oui Non Inconnu

Si oui, par qui ? :



Numéro du procès verbal :
Date du procès verbal : / /

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

La victime est-elle en incapacité ? : Oui Non Inconnu

La victime est-elle en possession d'un certificat médical complété par le médecin ? * : Oui Non

Pour enrichir les zones, vous pouvez cliquer sur "Code" et choisir dans la liste.

Siège de la lésion * :

Code :

Nature de la lésion * :

Code :

COORDONNÉES DE LA PERSONNE QUI A REMPLI CETTE DÉCLARATION

- Nom et prénom * :
- Fonction * :
- Numéro de téléphone :
- Adresse e-mail :
- Confirmation e-mail :

Remarque éventuelle