

déclaration d'accident
ASSURANCE ACCIDENTS
CORPORELS

A retourner à l' AIF - Boulevard Lambert, 278 -1030 BRUXELLES

Dossier n° _____

[A] à compléter par le déclarant

1 IDENTITÉ DU PRENEUR D'ASSURANCE (fédération, ligue, etc.)

Association Interprovinciale Francophone Belge de Volley Ball

N° du contrat 4 5 0 3 9 0 9 6 N° téléphone 0 2 / 2 4 2 0 2 6 4

Références _____

Dénomination précise du club _____

Activité pratiquée _____

Nom du responsable du club _____

Adresse _____ N° _____ Bte _____
rue - avenue - boulevard - quai - place - chaussée (biffer les mentions inutiles)

Code postal _____ Localité _____

2 IDENTITÉ DE LA VICTIME (en caractères d'imprimerie, s.v.p.)

Nom _____ Prénom _____
M. - Mme - Mlle (biffer les mentions inutiles) - femme mariée ou veuve : nom de jeune fille

Date de naissance _____ N° registre national _____

Adresse _____ N° _____ Bte _____
rue - avenue - boulevard - quai - place - chaussée (biffer les mentions inutiles)

Code postal _____ Localité _____ Pays _____

Numéro de compte _____

3 IDENTITÉ DU REPRÉSENTANT LÉGAL (parent, tuteur, ...)

Nom _____ Prénom _____
M. - Mme - Mlle (biffer les mentions inutiles) - femme mariée ou veuve : nom de jeune fille

Numéro de compte _____

Profession : _____

4 OCCUPATION DE LA VICTIME AU MOMENT DE L'ACCIDENT

Joueur Arbitre Délégué Officiel Spectateur Autres : _____

5 DATE ET LIEU DE L'ACCIDENT

Date de l'accident _____ jour _____ heure _____ h _____

Pendant l'activité du club précité

Endroit précis : _____

Sur le chemin de l'activité

déplacement individuel déplacement collectif

Endroit précis : _____

Moyen de locomotion utilisé : _____

6 DESCRIPTION DE L'ACCIDENT (causes, circonstances, conséquences et/ou dommages occasionnés)

(en cas d'accident de roulage, veuillez également compléter le cadre 7)