



## FORMULAIRE RESERVE AUX ACCIDENTS CORPORELS

### RAPPEL IMPORTANT

En application de l'article 22 du contrat ARENA, **toute déclaration d'accident originale doit être envoyée à la LEWB dans les 15 jours de la date d'accident par courrier postal.** Il s'agit bien sûr de la déclaration, et non du dossier complet comprenant les copies de factures, celles-ci vous seront demandées par la suite par ARENA.

Dans le cas où le cavalier ne serait pas en ordre de licence à la date de l'accident (soit par Equiclub, soit via le groupement), nous nous verrons dans l'obligation de **refuser** la déclaration du cavalier.

La déclaration doit être dûment complétée et signée par la victime, ou un des parents lorsque la victime est mineure.

La déclaration doit également obligatoirement être signée par un responsable de cercle affilié pour l'année à la LEWB ou moniteur en ordre de licence d'encadrement R01 ou F01, suivant l'article 233.4 du Règlement Général. **Si l'accident s'est déroulé lors d'un concours officiel, la déclaration doit être signée par le président de jury mais la rubrique concernant votre club ou cercle doit malgré tout obligatoirement être remplie avec les coordonnées de votre club d'affiliation ou celui où vous pratiquez.**

**Afin que votre dossier puisse être géré au plus vite, merci de vérifier si les éléments suivants ont bien été complétés :**

- La description de l'accident (page 1)
- Le numéro de licence de la personne responsable du club (page 1)
- La vignette de mutuelle (page 2 – données médicales)
- Le lieux et la date de la déclaration d'accident (page 2)
- La signature de la victime ou d'un parent lorsque la victime est mineure (page 2)
- La signature du responsable du club (page 2)
- Le certificat médical (complété sur le document de déclaration, celui reçu de l'hôpital ou du médecin traitant)

Sans ces éléments, votre dossier est **incomplet et ne peut être traité.**

**Le non respect de ces règles entraînera le refus du dossier.**

Une fois votre dossier complet, celui-ci est envoyé à Arena et un numéro de dossier vous sera transmis par la compagnie d'assurance. A partir de ce moment, le suivi de votre dossier est géré par Arena.

Tous les **justificatifs** sont à envoyer chez ARENA une fois votre dossier accepté, **ils ne doivent pas être envoyés à la LEWB.**

A noter qu'Arena ne prend en charge que les remboursements, après intervention de la mutuelle. **Aucune facture n'est payée en direct par la compagnie d'assurance.**



**Veillez transmettre le formulaire, endéans les 15 jours, au secrétariat de votre fédération à l'adresse suivante :  
L E W B asbl - Rue de la Pichelotte, 11 - B-5340 GESVES - Tél. : 083/23 40 72**

Police N° **A.C. 1.116.400**  
**R.C. 1.116.401**

**LIGUE EQUESTRE WALLONIE BRUXELLES ASBL**



**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE CLUB ET/OU VOTRE FEDERATION**

Dénomination de votre club \_\_\_\_\_

Activité pratiquée \_\_\_\_\_

Nom du responsable \_\_\_\_\_ N° licence \_\_\_\_\_

Prénom du responsable \_\_\_\_\_ N° Tel / GSM \_\_\_\_\_

Adresse Rue \_\_\_\_\_ Numéro \_\_\_\_\_ Boite \_\_\_\_\_

responsable CP \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME**

Nom \_\_\_\_\_ N° licence \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_ N° Tel / GSM \_\_\_\_\_

Adresse Rue \_\_\_\_\_ Numéro \_\_\_\_\_ Boite \_\_\_\_\_

CP \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ M  F  N° compte bancaire \_\_\_\_\_

Au moment de l'accident vous étiez  Praticquant  Officiel  Spectateur  Enseignant

E-mail \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT**

Date de l'accident \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_ Heure \_\_\_\_\_

Lieu de l'accident \_\_\_\_\_

Pendant quelle sorte d'activité l'accident a-t-il eu lieu?  Entraînement  Compétition officielle  Pendant la participation à une activité organisée par le club

Sur le chemin aller/retour d'une activité du club  Autre

Moyen de transport utilisé \_\_\_\_\_

**Description ( causes, circonstances, suites )**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**IMPORTANT**

Joindre croquis en annexe ( s'il s'agit d'un accident de la circulation )  
En ce qui concerne les lésions corporelles, veuillez faire remplir le certificat médical ci-joint par votre médecin

## TEMOIGNAGES

Nom et adresse des témoins de l'accident

.....  
.....  
.....

Si l'accident n'a pas eu de témoin, nom et adresse des témoins de l'état du blessé et de ses plaintes immédiatement après l'accident

.....  
.....

## DONNEES CONCERNANT LA RESPONSABILITE

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

OUI

NON

Si oui, son nom-prénom

.....

Adresse

.....

Age ..... ans

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

OUI

NON

Si oui, veuillez préciser svp

.....

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

OUI

NON

Si oui, laquelle

.....

Eventuellement, n° du procès verbal

.....

## DECLARATION DONNEES MEDICALES

Nom du titulaire  Prénom

Organisme assureur

N° 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" ( article 7 de la loi du 08.12.1992 - Protection de la Vie Privée )

Fait à  En date du

SIGNATURE RESPONSABLE DU CLUB OU LE PRESIDENT DE JURY ( si l'accident s'est produit en concours officiel)	SIGNATURE DE LA VICTIME
	qui cependant confirme son accord formel par rapport à la susdite déclaration concernant ses données médicales

Nous gérons votre dossier pour compte des compagnies : TORUS INSURANCE ( EUROPE ) AG, Zollstrasse 82, FL 9494 Schaan, Liechtenstein  
Authorised and regulated by the Financial Market Authority ( FMA )

*Souhaitez-vous plus de renseignements?*

[arena@arena-nv.be](mailto:arena@arena-nv.be)

[www.arena-nv.be](http://www.arena-nv.be)

Tél.: 02/512.03.04

Fax: 02/512.70.94.

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

C.B.F.A. n° 10.365 / BE 0449.789.592

