

Déclaration d'accident coureur

Assurances accidents

N° Contrat : Preneur d'assurance :

**Toujours compléter les VOLETS 1 et 2 et remplir, dater et signer le VOLET 3.
Compléter et renvoyer le VOLET 4 uniquement si une partie adverse était impliquée dans l'accident.
Le VOLET 5 est un certificat médical à faire compléter par votre médecin.**

Vous pouvez envoyer les documents complétés et les annexes éventuelles
par e-mail à : federations@ag.be
ou par la poste : AG Insurance, boulevard Emile Jacqmain 53, 1000 Bruxelles

VOLET 1 - DONNÉES COUREUR NON PROFESSIONNEL [toujours compléter] : _____

Numéro d'agrément :

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Localité :

Téléphone : GSM :

Adresse e-mail :

Lieu et date de naissance : le / /

Compte bancaire : au nom de :

Profession ou activité :

NISS [numéro d'identification sécurité sociale] :

Statut professionnel : indépendant autre

Indiquez de quelles assurances vous disposez :

Assurance hospitalisation : via l'employeur individuelle mutualité aucune

Assurance personnelle accidents : via l'employeur individuelle aucune

VOLET 2 - DONNÉES CONCERNANT L'ACCIDENT [toujours compléter] : _____

• Localisation et description de l'accident

Date : / / à heure

Localisation exacte de l'accident :

L'accident est survenu pendant : un entraînement sur le chemin du travail/de l'école

une compétition - nom :

• Y a-t-il des témoins de l'accident ? OUI NON.

Si oui, nom, prénom, adresse et numéro de téléphone :

.....

.....

VOLET 4 – ACCIDENT AVEC PARTIE ADVERSE

**Complétez la partie ci-dessous uniquement si une partie adverse est impliquée dans l'accident.
Vous pouvez retourner ce document avec la déclaration.**

Vous avez une assurance familiale ? OUI NON

Si oui, mentionnez le nom et l'adresse de la compagnie d'assurances et le numéro de police :

.....

.....

Un procès-verbal a-t-il été établi ? OUI NON

Si oui, identité de l'autorité verbalisante ?

Établi le / / Numéro de PV :

• Renseignements relatifs à la partie adverse

	Tiers lésé 1	Tiers lésé 2
Nom :	.....	.....
Prénom :	.....	.....
Adresse :	.....	.....
Code postal :	.....	.....
Localité :	.....	.....
Adresse e-mail :	.....	.....
Tél ou GSM :	.....	.....
a) Dommages subis:		
Dégâts matériels	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
[nature et étendue]	.....	.....
Dommages corporels	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
[nature et étendue]	.....	.....
b) Compagnie(s) d'assurances ?	.....	.....
Numéro(s) de police ?	.....	.....

VOLET 5 – CERTIFICAT MÉDICAL DE CONSTATATION

À compléter par votre médecin

Notre référence/n° de dossier :

Je soussigné, docteur en médecine,

Nom :

Adresse :

Code postal : Localité :

Déclare avoir interrogé et examiné personnellement :

Nom et prénom :

Adresse :

Code postal : Localité :

Né(e) le : / / à :

À la suite de son accident le : / /

Conséquences de l'accident :

Date de la première consultation liée à l'accident : / / Heure :

Description de la nature des lésions :

.....

.....

.....

La victime a-t-elle été admise à l'hôpital ? OUI, du / / au / / NON

Les blessures sont-elles dues à un accident de vélo ? OUI NON

Le traitement appliqué :

.....

.....

.....

L'intervention d'un spécialiste est-elle requise ? OUI NON

Une radiographie et/ou échographie est/sont-elle(s) requise(s) ? OUI NON

Est-il question d'une situation préexistante ? OUI NON

Si oui, précisez :

.....

.....

Durée prévue de l'incapacité temporaire :

Du / / au / / à % Du / / au / / à %

Du / / au / / à % Du / / au / / à %

La victime est : rétablie depuis le / / encore en traitement jusqu'au / / (date présumée)

et : est ou sera rétabli(e) sans incapacité permanente est ou sera rétabli(e) avec une incapacité permanente de %

Renseignements complémentaires :

.....

.....

.....

.....

Établi à le / /

Signature et cachet du médecin :

**Le certificat médical peut être renvoyé avec la mention
« A l'attention du médecin-conseil d'AG Insurance »**

Par e-mail : federations@ag.be

Par la poste : AG Insurance, Boulevard E. Jacqmain 53, 1000 Bruxelles