

## FORMULAIRE DE DECLARATION "ACCIDENTS CORPORELS"

Veuillez transmettre le formulaire chez le courtier à l'adresse suivante :

## Bureau d'assurances REMACLE

Place Coronmeuse, 39 - B-4000 LIEGE Courriel: info@assurancesremacle.be

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE CLUB ET/OU VOTRE FEDERATION

| Police n° A.C. 1.122.542  | FEDERATIO                             | N MUSICALE DE DE LIEGE as               | E LA                 | finil  |
|---|---------------------------------------|---|----------------------|--|
| Dénomination de votre club  |                                       |   |                      | ,  |
| Nom et adresse du responsable du club   |                                       |   |                      |  |
|   |                                       |   |                      |  |
| Tel. n°/GSM   |                                       |   |                      |  |
| RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VIC  |                                       |   |                      |  |
| Nom   |                                       |   | 1000                 |  |
| Prénom  |                                       |   | I .                  |  |
| Adresse   |                                       |   |                      |  |
| Au moment de l'accident vous étiez :  | M   N   N   N   N   N   N   N   N   N | Profession .  de licence  officiel arbi | itre spect           | ateur  |
| RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCID   |                                       |   |                      | RESPONDENCE OF THE PROPERTY OF |
| Date de l'accident//  | Jour                                  |   |                      |  |
| Description de l'accident (causes, circonstance<br>Croquis (à ajouter s'il s'âgit d'un accident de circ   | es, suites)                           |   |                      |  |
|   |                                       |   |                      |  |
|   |                                       |   |                      |  |
| n ce qui concerne les lésions corporelles, ve   | euillez faire rem                     |   |                      |  |
| 'endant quelle sorte d'activité l'accident a-t-il eu l  | lieu? 🗌 Entra                         | aînement Com                            | pétition officielle  |  |
| Compétition amicale Couverture "Risques Pendant la participation à une activité organis Pendant la participation à une activité sans au le club | ée par le club                        | ☐ Sur le chemin                         | aller/retour d'une a | ctivité du club  |

| IEMOIGNAGES   |   |  | 4                      |                          |             |
|---|---|--|------------------------|--------------------------|-------------|
| Noms et adresses des témoins de l'a   | ccident ;   |  |                        |                          |             |
|   |   |  |                        |                          |             |
| Pour les accidents survenus lors d'un Nom de l'adversaire (club)  |   | ) <i>:</i>                                   |                        |                          |             |
| DONNEES CONCERNANT LA RES   |   |  |                        |                          |             |
| L'accident est-il imputable à un autre a  |   |  |                        | oui                      | П           |
| Si oui, son nom et adresse  |   |  |                        |                          | ∐ non       |
| Age   | ***************************************   |  |                        |                          |             |
| Y a-t-il eu constat par une autorité vert   | palisante ?   |  |                        | Oui                      | non         |
| Si oui, laquelle ?<br>Eventuellement, n°du proces-verbal .  |   |  |                        |                          |             |
| DECLARATION DONNEES MEDICA  |   |  |                        |                          |             |
|   |   |  |                        |                          |             |
| Nous vous prions de bien vouloir comp<br>que de signer la déclaration relative au   | léter la rubrique ci-de<br>x données médicales  | essous ou d'y ap<br>s.                       | poser une vignett      | e de votre mutualit      | té, ainsi   |
| Nom du titulaire  |   |  | Prénom                 |                          |             |
| Organisme assureur  | Total Annual Control of the Control |  |                        |                          |             |
| N° d'inscription  |   | at Immunion Immunional Immunional Immunional |                        |                          |             |
| En vue d'une gestion efficace de mon<br>nédicales me concernant relatives à l'a<br>RGPD) La victime marque également so<br>résente. | accideni doni rai ete i   | VICTIMA "(ort 0 D)                           | alamont Cánáral -      | on la Donta d' 1         |             |
| ait à   |   | E  | En date du             |                          |             |
| SIGNATURE RESPONSABLE   | DU CLUB   | SIGNA  | TURE VICTIME           | /TUTEUR LEGA             | /*\         |
|   |   | qui cependan                                 | t confirme son ac      | cord formel par ra       | pport à la  |
|   |   | susdite déci                                 | aration concerna       | nt ses données me        | édicales    |
|   |   | <sup>(*)</sup> La personne qui<br>de 16 ans. | a la responsabilité pa | rentale pour l'enfant âg | gé de moins |
| Nous gérons votre   | dossier pour compte   | de la compagnie                              | : StarStone Insur      | ance SE                  |             |
| Souhaitez-vous de plus<br>amples renseignements ?   | arena@arena-nv.be  www.arena-nv.be  S.A. ARENA - Avenue des Nerviens 85 bte 2 - 1040 Bruxelles  FSMA n' 10.365 / 0449.789.592   |  |                        | 94                       |             |
|   |   |  |                        |                          |             |



## DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ

Arena attache une grande importance à votre vie privée et la protection de vos données personnelles. Nous mettons tout en oeuvre pour garantir votre vie privée et donc gérer vos données personnelles avec soin. Ces données personnelles sont traitées par Arena, dont le siège social se situe Avenue des Nerviens 85/Bte 2 à 1040 Bruxelles (arena@arena-nv.be) conformément aux données générales du règlement 2016/679 (« GDPR »).

Si, après avoir lu notre déclaration de confidentialité, vous avez encore des questions à ce sujet, vous pouvez contacter le responsable de la protection des données d'Arena à l'adresse susmentionnée.

Tout membre de votre fédération et / ou club peut bénéficier des garanties fournies par Arena. Arena collecte vos données personnelles dans le cadre des demandes de remboursement lorsque vous soumettez un formulaire de déclaration «Accident corporel», «Responsabilité civile» ou «Assistance juridique». Ces données personnelles sont traitées pour l'exécution du contrat d'assurance entre Arena et votre fédération et / ou club, et plus spécifiquement pour la gestion des réclamations. Arena traite également les données personnelles afin de récupérer des avantages ou d'exercer son droit de recours légal. Les catégories suivantes de données personnelles peuvent être traitées aux fins décrites ci-dessus: nom complet, adresse, date de naissance, lieu de naissance, sexe, numéros de téléphone et fax, adresse e-mail, numéro de compte bancaire, nationalité, numéro national, occupation, photo et URL. Arena traite également vos données médicales, pour lesquelles votre consentement explicite est demandé via le formulaire de déclaration.

Nous pouvons fournir les informations que vous nous fournissez à des tiers si cela est nécessaire pour l'exécution des fins décrites ci-dessus. Bien entendu, nous prenons les dispositions nécessaires avec ces parties pour assurer la sécurité de vos données personnelles. En outre, nous ne transmettrons pas les données fournies à des tiers, à moins que cela ne soit légalement requis et / ou autorisé, comme par exemple dans le cadre d'une enquête policière ou judiciaire. Nous ne fournissons pas de données personnelles à des parties situées en dehors de l'UE.

Les données personnelles sont conservées jusqu'à l'expiration de l'obligation légale de conservation des données, notamment jusqu'à la fin des obligations fiscales et comptables et la fin de la responsabilité contractuelle.

Vous avez le droit de demander gratuitement l'inspection, une copie, l'ajustement de vos données personnelles ou l'effacement de données personnelles incorrectes / incomplètes ou non pertinentes. Vous pouvez également faire opposition au traitement de vos données personnelles (ou d'une partie de celles-ci). Nous vous demanderons de vous identifier avant de pouvoir répondre aux demandes susmentionnées.

Des mesures techniques et organisationnelles appropriées ont été prises pour protéger les données personnelles contre le traitement illégal et Arena a une politique de confidentialité, dont vous pouvez obtenir une copie gratuite sur demande. Si vous souhaitez exercer ces droits à tout moment, vous pouvez nous envoyer une lettre ou un e-mail (voir ci-dessus) avec une preuve de votre identité. Si vous avez une plainte concernant le traitement des données personnelles, nous vous demandons de nous contacter directement. Vous avez également le droit de déposer une plainte auprès de l'Autorité de Protection des Données (APD), Rue de la Presse 35 à 1000 Bruxelles (https://www.autoriteprotectiondonnees.be/).

| FEDERATION: F M L asbl - A.C. 1.122.542 CLUB:   | NOUVELLE<br>DECLARATION  | DOSSIER E<br>Dossier n°: |         |
|---|--|--------------------------|---------|
| CERTIFICAT MEDICAL  | à remplir pa   |                          |         |
|   |  |                          |         |
| 1) Nom du médecin   |  |                          |         |
| Tolog   |  |                          |         |
|   |  |                          |         |
| 2) Nom de la victime  |  |                          |         |
| Adresse   |  |                          |         |
| 3) Date de l'accident   | NAMES AND DESCRIPTION OF THE PARTY OF THE PA |                          |         |
| 4) Date et heure à laquelle vous avez examiné la victime / / / / / / / / / / / / / / / / / / /  | à  |                          | hrs.    |
| 5) Quelle est la nature des lésions encourues et quelles parties du corps ont été touc  |  |                          |         |
|   |  |                          |         |
|   |  |                          |         |
|   |  |                          |         |
| ➢ S'âgit-il d'une lésion due à un traumatisme aigu ?  | •••••  | ☐ oui                    | no      |
| ➤ Y a-t-il une anamnèse ?   |  | ☐ oui                    | no      |
| ➤ La lésion peut-elle être due à ou être influencée par un processus progressif ou un   | ne prédisposition  | ? 🗌 oui                  | noi     |
| ➤ Remarques :   |  |                          |         |
| Durée prévue du traitement  |  |                          |         |
| ) La victime est-elle totalement ou partiellement incapable d'exercer ses activités nor   | males ?  | oui                      | nor     |
| > Totalement pendant jours.   |  |                          |         |
| Partiellement pendant jours.  |  |                          |         |
| Estimez-vous que l'intervention d'un radiologue ou d'un spécialiste est indispensable   |  | ☐ oui                    | non non |
| ➤ Si oui, laquelle ?  |  |                          |         |
| L'accident entrainera-t-il une incapacité permanente ou peut-on espèrer le rétablisse   | ement complet?   |                          |         |
| ANTECEDENTS   |  |                          |         |
| D) La victime était-elle antérieurement à l'accident mutiliée ou atteinte d'une infirmité o   |  |                          |         |
|   | ou d'une maladie   | ?                        |         |
| l) L'anamnèse révèle-t-elle que dans le passé la victime a déjà eu un accident ou prés<br>donné lieu au traitement des lésions du même type de celles que vous avez constat | senté des symptô<br>tées actuellemen   | mes ayant o              | ou non  |
| S'agit-il éventuellement d'une récidive ?   |  |                          | ••••••  |
|   | et cachet du mé  |                          |         |
| date du   |  |                          |         |