



DÉCLARATION SINISTRE ACCIDENTS DROIT COMMUN

Cadre réservé à la Fédération

DÉCLARATION D'ACCIDENT POUR LA POLICE

A

- 010 730 449 624 : Pilotes et commissaires (Catégorie)
- 010 730 450 143 : FPCNA
- 010 730 450 100 : Loisirs

VICTIME (en caractères d'imprimerie svp.)

Nom:	_____
Prénoms:	_____
Adresse:	_____
Code postal et localité	_____
Numéro de membre	_____
	<input type="checkbox"/> pilote <input type="checkbox"/> officiel <input type="checkbox"/> licencié 1 manifestation
Date de naissance :	_____
Numéro de registre national:	_____
Numéro de compte en banque :	_____
Nom du titulaire :	_____
Etes-vous affilié à une mutuelle?	<input type="checkbox"/> Oui - Veuillez prévenir votre mutuelle <input type="checkbox"/> Non

ACCIDENT

Date et heure:	_____
	<input type="checkbox"/> Epreuve FMWB – ou autre FMN : _____ <input type="checkbox"/> Entraînement _____
Lieu exact:	_____
Circonstances (le plus détaillé possible)	_____ _____ _____ _____
Témoins :	_____ _____ _____

Les données à caractère personnel (« les données personnelles ») communiquées par la personne concernée ou reçues légitimement par AXA Belgium, responsable des traitements, peuvent être traitées par la compagnie en vue de la gestion des sinistres, du service à la clientèle, de la gestion de la relation avec l'intermédiaire d'assurance, de la détection, prévention et lutte contre la fraude, de la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, de la surveillance du portefeuille, d'études statistiques. Ces traitements sont nécessaires à l'exécution du contrat d'assurance, au respect d'une obligation légale ou aux intérêts légitimes d'AXA Belgium. En aucun cas, ces données ne seront traitées à des fins de marketing direct.

Dans la mesure où la communication des données personnelles est nécessaire pour permettre de réaliser les finalités énumérées ci-dessus, ces données peuvent être communiquées à d'autres entreprises membres du groupe AXA, à des entreprises et/ou à des personnes en relation avec celles-ci ainsi qu'aux autorités publiques compétentes. La personne concernée peut demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité de ses données personnelles, choisir d'en limiter l'usage ou s'opposer à leur traitement. Dans le cas où la personne concernée a donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines de ses données, elle peut la retirer à tout moment sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'exécution de son contrat ou la gestion de son sinistre.

AXA Belgium veille à assurer un niveau adéquat de protection lorsque les données personnelles sont transférées hors Union Européenne.

La personne concernée peut obtenir plus d'informations et exercer ses droits via le site internet www.AXA.be ou par courrier postal à l'adresse suivante : AXA Belgium - Data Protection Officer (TR1/884), Place du Trône 1, 1000 Bruxelles.

Fait à _____, le _____ Signature de la victime

Merci de bien vouloir renvoyer les documents dûment complétés et signés à :

FMWB
Chaussée de Louvain 550/7
1030 Schaerbeek



RAPPORT MÉDICAL

B

De M. le Docteur	_____
spécialiste en	_____
demeurant à	_____

VICTIME

Nom – Prénoms	_____
Date de naissance	_____
Numéro de membre	_____
Date de l'accident	_____

Constatations médicales

Date et heure premier contact médical	_____
Diagnostique / Lésions constatées	_____
Traitement	_____
Incapacité résultant des lésions	Totale (1) – durée _____ Partielle _____ Taux – Durée _____
Suites présumées	_____

La victime blessée est soignée (lieu) _____
Le traitement appliqué est le suivant: _____
Les prédispositions, maladies, infirmités préexistantes à l'accident qui pourraient anormalement aggraver les conséquences de celui-ci sont: _____

(1) L'incapacité ne sera alors totale que lorsque la victime est contrainte d'arrêter toute activité professionnelle. Dans les autres cas, l'incapacité est partielle.

Il est à craindre qu'il subsistera une incapacité permanente qui consistera vraisemblablement en: _____

Observations: _____

Suite à cet accident la victime est déclarée apte à reprendre la compétition sportive moto (y compris en entraînement)

OUI

NON

Fait à _____, le _____ Signature du médecin

Merci de bien vouloir renvoyer les documents dûment complétés et signés à :

FMWB
Chaussée de Louvain 550/7
1030 Schaerbeek



CERTIFICAT DE GUÉRISON OU DE CONSOLIDATION

C

De M. le Docteur	_____
spécialiste en	_____
deumeurant à	_____

VICTIME

Nom – Prénoms	_____
Numéro de membre	_____
Date de l'accident	_____
Lieu de l'accident	_____

Je soussigné(e) : _____ Docteur en médecine, déclare que la victime reprise en marge est :

- guéri de ses blessures et en état de reprendre ses **occupations professionnelles** à partir du ____.

L'incapacité temporaire a été:

totale du _____ au _____ inclus ;
partielle à _____ % du _____ au _____ inclus ;
partielle à _____ % du _____ au _____ inclus ;

L'incapacité prévue au certificat de constatation a été notamment dépassée ; en voici la cause:

Il y a incapacité permanente

Il n'y a pas d'incapacité permanente

Les séquelles sont _____

- apte à reprendre **la compétition sportive moto** (y compris en entraînement)

OUI

NON

Fait à _____ , le _____ Signature du médecin.

Merci de bien vouloir renvoyer les documents dûment complétés et signés à :

FMWB
Chaussée de Louvain 550/7
1030 Schaerbeek