

*Déclaration d'accident*  
**VELO LOISIRS**

**ASSURANCE DE LA RESPONSABILITE CIVILE ENVERS DES TIERS ET ASSURANCE INDIVIDUELLE**

La présente déclaration doit être adressée **dans les 10 jours**  
qui suivent l'accident, avec réponses précises aux questions, à la  
s.a. CONCORDIA - Sassevaartstraat 46/301 - 9000 GENT - Tél.: (09) 264.11.11 - Fax: (09) 223.91.00

1. Club dont le cyclotouriste est membre : .....
2. Nom et prénoms du cyclotouriste : ..... Tél.: .....
- Adresse: .....
- Adresse email : ..... N° Compte IBAN : .....
- Date de naissance:..... Profession : .....
3. Numéro de la licence FCWB: .....
4. Lieu précis, date et heure de l'accident: .....
5. Nom, prénoms de la partie adverse : .....
6. Adresse de la partie adverse : .....
7. Est-il assuré ? Par quelle compagnie ? Quel est le n° de la police ? .....
- .....
8. La collision s'est-elle produite avec un cycliste, un véhicule (lequel) ou un piéton ? .....
9. L'accident est-il survenu en excursion, en vie privée sur le chemin du travail ou de l'école ? .....
- Si l'accident s'est produit pendant une excursion, précisez laquelle :..... allure cyclotouristique,  
..... en groupe, privée, organisation Audax, guidée, permanente
- Indiquez la dénomination officielle de l'organisation : .....
10. Dommages causés par l'accident à l'assuré - matériels et/ou corporels .....
- .....
11. Dommages causés par l'accident aux tiers - matériels et/ou corporels:.....
- .....
12. Nom et adresse des témoins : .....
- .....
13. Quelle autorité de police a dressé le procès-verbal ? .....
14. A quelle mutualité êtes-vous affilié ? .....
15. L'accidenté peut-il bénéficier d'une assurance hospitalisation ou individuelle? .....
- A titre personnel ou par l'employeur ? .....
- Nom et adresse de la compagnie d'assurances:.....
- Numéro du contrat : .....
16. Avez-vous une assurance familiale (quelle compagnie, sous quel numéro de police)? .....
- .....
17. Qui est responsable ? Pourquoi ? .....
- .....

## CROQUIS DE L'ACCIDENT

**L'assuré soussigné affirme que la présente déclaration est sincère et véritable.** Les données qui nous sont communiquées peuvent être traitées par notre compagnie en vue du service à la clientèle, de l'acceptation des risques, de la gestion des contrats et des sinistres. Le(s) signataire(s) donne(nt) son(leur) consentement spécial pour le traitement des données médicales le(s) concernant. Les personnes concernées peuvent connaître et faire rectifier ces données. Elles peuvent obtenir des renseignements complémentaires auprès de la Commission de la protection de la vie privée (Loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée).

Fait à..... le .....

**Signature du cyclotouriste accidenté**

## CERTIFICAT MEDICAL

à remplir par le médecin traitant

VICTIME : Nom, prénoms et adresse: .....

Date de l'accident: ..... Date du premier examen: .....

Lésions constatées: .....

Durée prévue de l'incapacité de travail:

- totale du ..... au.....incl.

- partielle % du ..... au .....incl.

La victime est soignée à:.....

Le traitement institué est le suivant: .....

L'intervention d'un médecin-spécialiste paraît être:      nécessaire - inutile.

La radiographie est:                      nécessaire - utile - superflue.

L'hospitalisation:                      s'impose - ne s'impose pas.

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

OBSERVATIONS: état antérieur ..... Cachet, date et signature du médecin