

# DECLARATION D'ACCIDENT

**AIG-Assistance – Diving accidents abroad – Policy number: ARENA 2.009.718/010  
CALL CENTER 0032 3 253 69 16**

Accident mortel: sous 48 heures au secrétariat, NELOS et à ARENA. Autres accidents: endéans les 15 jours au secrétariat NELOS (La dernière visite médicale doit être joint )

## ACCIDENT CORPORELLE

Secrétariat NELOS – Brusselsesteenweg, 313-315 – 2800 Mechelen – Tel. 015 29 04 86.

ARENA NV – Brand Whitlocklaan 165, 1200 Brussel – 1040 Brussel – Tel. 02 512 03 04 (Mme. Inge Ghijsels).

Vrijblijvend kan je een beroep doen op het Mental Coaching Team van NELOS en dit via [mental.coaching@nelos.be](mailto:mental.coaching@nelos.be) of telefonisch via het centraal aanmeldpunt: +32 15 79 34 34

### Identité de la victime

Nom et prénoms: _____
Adresse complète: _____
Téléphone: _____ Sexe: M/F (*) Date de naissance: _____
Profession: _____ Ouvrier/Employé/Indépendant/Secteur public (*)
Nom et adresse de l'employeur: _____ _____
n° Brevet: _____ Brevet: _____ Date de la dernière visite médicale: _____

### Nom du club

Nom: _____	Forme juridique _____
Siège social: _____	
Adresse du secrétariat: _____ _____	

### Identité des accompagnants

1. Nom et prénoms: _____
Adresse: _____
Tél.: _____ n° Brevet: _____ Brevet: _____
Chef de palanquée/serre-file/accompagnant (*)
2. Nom et prénoms: _____
Adresse: _____
Tél.: _____ n° Brevet: _____ Brevet: _____
Chef de palanquée/serre-file/accompagnant (*)
3. Nom et prénoms: _____
Adresse: _____
Tél.: _____ n° Brevet: _____ Brevet: _____
Chef de palanquée/serre-file/accompagnant (*)

(\*) Biffer les mentions inutiles



## Médecin traitant

Nom et prénoms: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Tél: \_\_\_\_\_ Membre de la Commission Médicale NELOS? Oui/Non (\*)

## Généralités

Nom, prénom et club de l'accidenté: \_\_\_\_\_  
Quand avez-vous été appelé auprès de la victime? Date: \_\_\_\_\_ Heure: \_\_\_\_\_  
Remarques: \_\_\_\_\_

## Nature des lésions

Nature et gravité des blessures: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
La victime était-elle, antérieurement à l'accident, estropiée, mutilée ou atteinte d'une infirmité ou maladie? Oui/Non (\*)  
La victime a-t-elle déjà été victime d'un accident de plongée? Oui/Non (\*)  
Si oui, à quelle date? \_\_\_\_\_  
- Quand et nature des blessures subies \_\_\_\_\_  
- S'agit-il d'une récurrence Oui/Non (\*)

## Conclusions

La victime est-elle totalement ou partiellement incapable de d'exercer sa profession? Oui/Non (\*)  
Si oui: totalement/partiellement (\*) pendant \_\_\_\_\_ jours  
Explications: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Estimez-vous l'intervention d'un radiologue ou d'un spécialiste nécessaire? Oui/Non (\*)  
Explications: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
L'accident provoquera-t-il une invalidité permanente Oui/Non (\*)  
Si OUI: \_\_\_\_\_

Cachet du médecin:

Délivré le: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Signature :

(\*) Biffer les mentions inutiles

## ACCIDENT CORPOREL CAUSE PAR DES TIERS

Si la responsabilité d'une tierce personne est engagée, donner son nom et prénoms, ainsi que le nom d'une compagnie d'assurance auprès de laquelle elle est assurée: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### CAS DE RESPONSABILITE CIVILE

La rubrique ci-dessous ne doit être remplie qu'en cas de dommages matériels et/ou physiques causés à des

Veuillez remplir la 1<sup>e</sup> page:

Identité de la victime (l'accidenté ou la personne qui a subi des dommages)

Identité du club

Identité des témoins (2)

#### Dommmages

Description et estimation des dommages matériels: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Descriptions des dommages corporels: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Responsabilité

Qui est responsable de l'accident? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Pourquoi: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Procès-verbal

Un procès-verbal a-t-il été dressé? Oui/Non (\*)

Par quelle autorité? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(\*) Biffer les mentions inutiles

#### Signatures

Signature du secrétaire

Signature de la victime

Signature de témoins et/ou accompagnants