Accident corporel causé par des tiers

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

.....

.....

.....

CAS DE RESPONSABILITÉ CIVILE

La rubrique ci-dessous ne doit être remplie en complément de la page 1 qu'en cas de dommages matériels et/ou physiques causés à des tiers.

Dommages

Description et estimation des dommages matériels .....

.....

.....

.....

.....

.....

Description des dommages corporels .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Responsabilités

Qui est responsable de l'accident? .....

Pourquoi? .....

.....

.....

Procès-verbal

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

Par quelle autorité? .....

.....

SIGNATURES

Signature du secrétaire,	Signature de la victime,	Signatures des témoins et/ou accompagnants,

*Biffer les mentions inutiles

lifras

Secrétariat LIFRAS
Rue Jules Broeren, 38
1070 BRUXELLES
Tél. 02.521.70.21
Fax 02.522.30.72

Rue des Deux Eglises, 14
1000 BRUXELLES
Tél. +32 (0)2 512 03 04
Fax +32 (0)2 512 70 94

arena

DÉCLARATION D'ACCIDENT

Accident mortel : endéans les 48 heures au secrétariat LIFRAS et à ARENA
Autres accidents : endéans les 15 jours au secrétariat LIFRAS

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 .....

.....

Mutuelle : – Assuré obligatoire Oui/Non*
– Indépendant petits risques Oui/Non*
– Indépendant gros risques Oui/Non*
– Autres .....

Brevet* : NB/1★/2★/3★/4★/AM/MC/MF/MN – Numéro du registre des brevets : .....

Date de la dernière visite médicale .....

N° de compte .....

Nom du club

Nom ..... a.s.b.l. Oui/Non*

Siège social .....

Adresse du secétariat .....

Identité des accompagnants

1
Nom et prénoms..... Sexe : M/F*
Adresse .....
Tél. ..... Brevet* :..... Numéro du registre des brevets : .....
Chef de palanquée/Serre-file/Accompagnant*

2
Nom et prénoms ..... Sexe : M/F*
Adresse .....
Tél. ..... Brevet* :..... Numéro du registre des brevets : .....
Chef de palanquée/Serre-file/Accompagnant*

3
Nom et prénoms..... Sexe : M/F*
Adresse .....
Tél. ..... Brevet* :..... Numéro du registre des brevets : .....
Chef de palanquée/Serre-file/Accompagnant*

Identité des témoins

1
Nom et prénoms..... Tél. .....
Adresse .....

2
Nom et prénoms ..... Tél.....
Adresse.....

*Biffer les mentions inutiles

L'ACCIDENT

Généralités

LIEU .....

DATE ..... HEURE .....

Accident EN plongée Oui/Non* Durant activité club Oui/Non*

Si OUI première plongée/successive*

Si successive lettre ..... à la sortie de la première plongée. Intervalle .....

Description

Description des faits.

En cas d'accident de décompression, stipuler TEMPS, PROFONDEUR ET PALIERS ÉVENTUELS.

.....

.....

.....