|  |  |
| --- | --- |
| **P&V_WORD** | **Déclaration d’accident ASSOCIATION**  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Numéro de police** |       |
| **Date et heure accident** |       **à**       |

Le formulaire peut être envoyé à : **claims-NS@pv.be**.

|  |
| --- |
| **Association sportive, de loisirs ou culturelle** |
|

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de l’association :**       | **Référence de l’association :**       |
| **Rue :**       | **Numéro :**       | **Boîte :**       |
| **Code postal :**       | **Localité :**       |
| **Tél.**       |
| **E-mail :**       |
| **E-mail direction :**       |
| **Numéro de compte IBAN de l’association :**       |
| **Informer mon AMI :** Choose an item. |

 |

**IMPORTANT :**

S’il y a des dommages corporels et si la victime est membre de l’association, nous vous demandons de joindre une attestations médicale, dans lequelle sont mentionnés la nature des lésions, la durée probable de l’incapacité temporaire, et si possible une estimation de l’invalidité éventuelle conséquente.

|  |
| --- |
| **Informations générales: incident pour lequel une couverture de l’assurance est demandée**  |
|

|  |
| --- |
| **Veuillez nous communiquer toutes les informations possibles concernant les circonstances dans lesquelles l’incident a eu lieu (lieu, date, heure, nature de l’incident, activités pendant lesquelles l’incident s’est produit, etc…):**       |
| **Nom et adresse du membre de l’association impliqué dans l’incident (en tant que responsable ou victime) :** |
| **Nom :**       | **Prénom :**       |
| **Rue :**       | **Numéro :**       | **Boîte :**       |
| **Code postal :**       | **Localité :**       |
| **Adresse e-mail parents/victime :** |       |
| **GSM/Tél. parents/victime :**  |       |

 |

|  |
| --- |
| **Témoins**  |
|

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom :**       | **Prénom :**       |
| **Rue :**       | **Numéro :**       | **Boîte :**       |
| **Code postal :**       | **Localité :**       |

**S’il n’y a pas eu de témoins, nom et adresse des témoins de l’état du blessé et de ses plaintes après l’accident:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom :**       | **Prénom :**       |
| **Rue :**       | **Numéro :**       | **Boîte:**       |
| **Code postal :**       | **Localité :**       |

 |

|  |
| --- |
| **Procès-verbal**  |
|

|  |  |
| --- | --- |
| **Un procès-verbal a-t-il été rédigé ?** | **Oui  Non**  |
| **Si oui, par qui ?**  |       |
| **Date du PV :**  |       |
| **Numéro du PV :**  |       |

 |

|  |
| --- |
| **Informations relatives à l’assurance responsabilité**  |
| **Identité et adresse complète du tiers impliqué dans l’accident :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom :**       | **Prénom :**       |
| **Rue :**       | **Numéro :**       | **Boîte:**       |
| **Code postal :**       | **Localité :**       |
|  |  |
| **Numéro de compte bancaire IBAN du tiers :** |       |
| **Le tiers est-il également membre de l’association ?**  | **Oui  Non**  |
| **Si oui, en quelle qualité :**       |
| **Nature et ampleur des dommages du tiers :**      |

 |
| **Médecin traitant du tiers**  |
|

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom :**       | **Prénom :**       |
| **Rue :**       | **Numéro :**       | **Boîte:**       |
| **Code postal :**       | **Localité :**       |

 |

|  |
| --- |
| **Informations relatives à l’assurance individuelle dommages corporels** |
| **Identité et adresse complète de l’assuré qui a subi des dommages corporels :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom :**       | **Prénom :**       |
| **Rue :**       | **Numéro :**       | **Boîte:**       |
| **Code postal :**       | **Localité :**       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Profession de la victime :** |       |
| **Nature et gravité des dommages corporels :**      |

 |
| **Médecin traitant de l’assuré** |
|

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom :**       | **Prénom :**       |
| **Rue :**       | **Numéro :**       | **Boîte:**       |
| **Code postal :**       | **Localité :**       |

 |

N'oubliez pas de remplir le **certificat médical**. Vous pouvez le trouverez sur notre site web.

|  |
| --- |
| **Identité du tiers qui a causé les dommages** |
|

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom :**       | **Prénom :**       |
| **Rue :**       | **Numéro :**       | **Boîte:**       |
| **Code postal :**       | **Localité :**       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ce tiers est-il également membre de l’association ?**  | **Oui  Non**  |
| **Si oui, en quelle qualité? :**       |

 |

|  |
| --- |
| **Identité et numéro de compte de la personne à qui l’indemnité éventuelle doit être versée** |
|

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom :**       | **Prénom :**       |
| **Rue :**       | **Numéro :**       | **Boîte:**       |
| **Code postal :**       | **Localité :**       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Numéro de compte bancaire IBAN :**       | **BIC :**       |

 |

|  |
| --- |
| **Remarques** |
|

|  |
| --- |
|       |

 |

|  |
| --- |
| **Privacy notice.** En qualité de responsable du traitement, nous mettons tout en œuvre pour traiter vos données à caractère personnel de manière sûre et intègre, et cela en conformité avec la réglementation en vigueur en matière de vie privée. Vous pouvez obtenir tous les détails relatifs à notre politique Vie Privée sur notre site « <https://www.pv.be/fr/vie-privee> » |

|  |  |
| --- | --- |
| **Etabli à** |       |
| **Date** |       |

Nom et signature du représentant de l’association

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom :**       | **Prénom :**       |

|  |
| --- |
|       |