

# déclaration de dommages VlaS

sport traditionnel: tir à l'arc perche verticale

Vlaamse Traditionele Sporten vzw  
050/35.84.62 info@vlas.be

La présent déclaration est à envoyer endéans les 8 jours à :  
secrétariat VlaS: Polderstraat 76 A bus 2 - 8310 Brugge,

polis Belfius:  C-11/1521.400 (membres) ou  C-11/1521.470 (non membres en action de promotion)

il sagit d'un : **accident corporel**  ou **accident avec tiers**  (cocher la case concerné svp)

*victime (uniquement pour les accidents corporels)*

nom - prénom : ..... date de naissance : .....

adresse : .....

tel/gsm ..... adresse e-mail : .....

paiement via le compte N°: ..... au nom de.....

profession : ..... affiliation mutuelle pour : (biffer les mentions inutiles)  
gros risques - tous risques - indemnité journalière

nom du père (de la mère ou du tuteur) : ..... (uniquement pour les mineurs d'âge)

club : ..... numéro d'inscription VlaS du blessé:

l'accident s'est-il produit sur le chemin des activités ? OUI / NON (biffer la mention inutile)

## **accident**

lieu : ..... perche couverte , perche ouverte , tour  date : ..... heure : .....

description précise des causes et des circonstances : .....

procès-verbal : OUI / NON numéro du pv : ..... date : ..... dressé par : .....

## **témoin**

nom - prénom : .....

adresse : .....

## **responsabilité (responsable éventuel)**

nom et adresse : ..... compagnie d'assurances : .....

..... police assurance responsabilité civile (familiale) : .....

société : ..... numéro d'inscription VlaS du responsable:

## **partie adverse (uniquement pour accidents avec tiers)**

nom et adresse : ..... compagnie d'assurances : .....

..... police assurance responsabilité civile : .....

..... police d'assistance judiciaire : .....

paiement via le compte N°: ..... au nom de : .....

dégâts matériels : .....

Blessures encourues : .....

nom et adresse du médecin traitant : .....

fait à ..... le .....  
fondé de pouvoirs du société  
(nom+signature)

secrétariat VlaS – Hein Comeyne,  
(cachet VlaS)

# CERTIFICAT MEDICAL

médecin	victime
nom et adresse (ou cachet) ..... ..... .....	nom : ..... date accident : .....

1. Nature des blessures .....  
.....  
.....

2. La victime avait-elle déjà des lésions ou maladies qui ont aggravé le cas ?  oui  non  
Lesquelles ? .....  
.....  
Depuis quand ? .....

3. Quand a-t-on demandé pour la première fois l'aide du médecin ? date .....  
nom et domicile de ce médecin : .....

4. La victime est :  
 totalement incapable de travailler : date début : ..... date fin probable : .....  
 partiellement incapable de travailler :  
à ..... % date début : ..... date fin probable : .....  
à ..... % date début : ..... date fin probable : .....  
 en état de reprendre normalement le travail.

5. Où la victime sera-t-elle soignée à l'avenir ?  
nom et domicile de ce médecin : .....

*Important : Pour un traitement physi thérapeutique, il faut demander l'autorisation de la mutuelle en mentionnant : a) la nature des prestations, b) le nombre de séances, c) la localisation, d) la durée probable et e) les raisons médicales du traitement..  
Si la victime ne peut pas invoquer l'intervention de la mutuelle, cette demande doit être adressée aux Dexia.-assurances.*

6. Y a-t-il de graves séquelles à craindre ?  oui  non  
Quelles seraient-elles ? (par ex. décès, incapacité permanente de travail etc...)  
.....  
.....

Fait le : ..... le médecin (signature)