



ASSURANCE DES ASSOCIATIONS SPORTIVES,
CULTURELLES ET D'AGREMENT

N° de contrat 36 929 722

DECLARATION DE SINISTRE

IMPORTANT : En cas de dommage corporel, si la victime est un membre de l'association veuillez joindre un certificat médical précisant la nature des lésions, la durée probable de l'incapacité temporaire et, si possible, une prévision éventuelle du risque d'invalidité permanente.

Dénomination de l'association : LIGUE HANDISPORT FRANCOPHONE

Adresse complète : Avenue du Centenaire 69
6061 Montignies - sur - Sambre

Téléphone : 041106750 Numéro de police :

Nom et numéro de l'intermédiaire P&V Assurances : ALAIMO Mario 0498 47 14 49

1. RENSEIGNEMENTS GENERAUX: EVENEMENT POUR LEQUEL L'INTERVENTION DE L'ASSURANCE EST DEMANDEE

IMPORTANT : Fournir toutes les informations détaillées concernant les circonstances dans lesquelles l'événement est survenu (Lieu, date, heure, nature de l'événement, activité du membre au moment de la survenance de l'événement, etc.).

Nom et adresse complète du membre de l'association impliqué dans l'événement (au titre d'auteur ou de victime) :

Nom et adresse des témoins éventuels :

S'il y a eu enquête de police, quelle est l'autorité qui s'en est chargée ?

Date : N° du P.V. :

2. RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'ASSURANCE DE LA RESPONSABILITE CIVILE

Identité et adresse complète du tiers ayant subi des dommages (préciser le N° de CCP ou de compte en banque)

Le tiers est-il également membre de l'association ?

Si oui, en quelle qualité ?

Nature et étendue des dommages du tiers :

En cas de dommages corporels, nom et adresse du médecin traitant :

3. RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'ASSURANCE INDIVIDUELLE ACCIDENTS CORPORELS

Identité et adresse complète de l'assuré, victime d'un accident corporel :

Profession et date de naissance de la victime :

Nature et étendue des lésions corporelles :

Nom et adresse du médecin traitant :

Identité et adresse complète du tiers auteur des dommages :

Ce tiers est-il également membre de l'association ?

Si oui, en quelle qualité ?

IMPORTANT : Identité et numéro de compte de la personne à qui l'indemnité éventuelle devra être versée

Nom : Prénom :

Adresse :

N° de compte :

Fait à : ,

le
Le représentant de l'association

Le membre assuré

DATASSUR

L'assuré donne par la présente son consentement à la communication par P & V au GIÉ Datassur, des données à caractère personnel pertinentes dans le cadre exclusif de l'appréciation des risques et de la gestion des contrats et des sinistres y relatifs.

Toute personne justifiant de son identité a le droit d'obtenir auprès de Datassur communication et, le cas échéant, rectification des données la concernant. Pour exercer ce droit, la personne concernée adresse une demande datée et signée accompagnée d'une copie de sa carte d'identité à l'adresse suivante : Datassur, Service "fichiers", 29 square de Meeûs à 1000 Bruxelles.

Loi du 08.12.1992 sur la protection de la vie privée

Les données à caractère personnel seront enregistrées dans les fichiers de P&V.

Elles pourront être utilisées à des fins commerciales et à toute gestion relative aux contrats IARD. Les assurés bénéficient d'un droit d'accès et de rectification des données ainsi que la possibilité de consulter le registre public tenu auprès de la Commission de la Protection de la Vie privée, sous les numéros d'identification 000115311 et 000115608.

Dans un but de gestion rapide du dossier sinistre, les assurés donnent par la présente leur consentement spécial quant au traitement des données médicales les concernant.