

CERTIFICAT MEDICAL - BELGIUM FUTSAL ASSOCIATION

Le présent document est à envoyer accompagné du certificat médical dans les 5 jours de la blessure, et ce, uniquement par courriel à l'attention de :

Monsieur COLLE Michael : assurance.bfa@hotmail.com

Téléphone : +32 455 120 554

Nom et Prénom du blessé	
Club du blessé	
Date et Heure de l'accident	___ / ___ / 202__ à ___ H ___
Lieu de l'accident + Nature de l'événement (Match - Entraînement - Tournoi -...)	
Téléphone du blessé ou des parents	+32 4 ___ / _____
Courriel du blessé ou des parents	_____ @ _____ . ____
Apposer une vignette de Mutuelle	
Numéro de compte en banque	BE _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

La présente déclaration sera complétée et transmise à la compagnie d'assurance par nos soins

Le blessé doit payer les factures et se faire rembourser par la Mutuelle.

Seule la quote-part non remboursée par la Mutuelle sera remboursée par la compagnie (sous déduction de la franchise s'élevant à 25€). Après réception du certificat de guérison par la compagnie, le dossier sera effectif et le sinistré devra fournir le certificat de guérison rempli et signé par le médecin, les originaux de tous les frais encourus lors de l'accident et les originaux des bordereaux de remboursement de la Mutuelle ainsi que les protocoles médicaux. En respectant cette procédure, nous éviterons des retards importants dans les dossiers.

Belgium Futsal Association	Nouvelle déclaration	Dossier existant
Police n° 1114887		Dossier n°

CERTIFICAT MÉDICAL

A remplir par le médecin

- 1) Nom du Médecin :
Adresse du Médecin :
Téléphone : Email :@.....
- 2) Nom de la victime :
Adresse :
- 3) Date de l'accident : ____ / ____ / 202__ à ____ H ____
- 4) Date et Heure à laquelle vous avez examiné la victime : ____ / ____ / 202__ à ____ H ____
- 5) Quelle est la nature des lésions encourues et quelles sont les parties du corps qui ont été touchées ?
.....
.....
.....
S'agit-il d'une lésion due à un traumatisme aigu ? Oui Non
Y a-t-il eu anamnèse ? Oui Non
La lésion peut-elle être due à ou influencée par processus progressif ou une prédisposition ? Oui Non
Remarques :
- 6) Durée prévue du traitement :
- 7) La victime est-elle totalement ou partiellement incapable d'exercer ses activités normales ? Oui Non
> Totalement pendant jours
> Partiellement pendant jours
- 8) Estimez-vous l'intervention d'un radiologue ou d'un spécialiste indispensable ? Oui Non
Si oui, laquelle ?
- 9) L'accident entraînera-t-il une incapacité permanente ou peut-on espérer le rétablissement complet ?

ANTÉCÉDENTS

- 10) La victime était-elle antérieurement à l'accident mutilée ou atteinte d'une infirmité ou d'une maladie ?
.....
- 11) L'anamnèse révèle-t-elle que dans le passé la victime a déjà eu un accident ou présenté des symptômes ayant ou non donné lieu au traitement des lésions du même type de celles que vous avez constatées actuellement ?
S'agit-il éventuellement d'une récurrence ? Oui Non

Fait à _____

En date du ____ / ____ / 202__

Signature et cachet du Médecin