

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 Sexe : M/F* – Date de naissance :/...../.....
Adresse complète
Adresse mail
Profession Téléphone
Nom et adresse de l'employeur Ouvrier/Employé/Indépendant/Secteur public*
.....
Mutuelle : – Assuré obligatoire Oui/Non*
 – Indépendant petits risques Oui/Non*
 – Indépendant gros risques Oui/Non*
 – Autres
Activités : Plongée sous-marine, Plongée Technique, Plongée Adaptée, Apnée, NAP, HSA, TSA*
Mon niveau est : (ex. : nb, 1★, 2★, 3★, etc. ou S1, S2, ou autres)
Date de la dernière visite médicale :/...../..... N° de compte :

Nom du club

Nom a.s.b.l. Oui/Non*
Siège social
Adresse du secrétariat

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

CERTIFICAT MÉDICAL

Médecin traitant

Nom et prénoms
Adresse
Tél.

Généralités

Nom, prénom et club de l'accidenté
.....
Quand avez-vous été appelé auprès de la victime? Date Heure
Remarques

Nature des lésions

Nature et gravité des lésions
.....
.....
.....
.....

La victime était-elle, antérieurement à l'accident, estropiée, mutilée ou atteinte d'une infirmité ou maladie ? Oui/Non*

La victime a-t-elle déjà été victime d'un accident de plongée ? Oui/Non*
Si OUI, à quelle date ?
quelle fut la nature de la lésion
s'agit-il d'une récurrence Oui/Non*.....

Conclusions

La victime est-elle totalement ou partiellement incapable de vaquer à ses occupations professionnelles ?
Oui/Non*

Si OUI : Totalement pendant
Partiellement pendant %

Estimez-vous l'intervention d'un radiologue ou d'un spécialiste indispensable? Oui/Non*
.....
.....

L'accident provoquera-t-il une invalidité permanente Oui/Non*
Si OUI,
.....

Cachet du médecin,

Délivré le
à
Signature,

L'ACCIDENT

Généralités

LIEU

DATE HEURE

Accident EN plongée Oui/Non*

Si OUI première plongée/successive*

Si successive, intervalle entre plongéeH.....'.

Description

Description des faits.

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

[illegible]

Joindre annexe éventuellement

Nombre d'annexes.....

Date

Nom du déclarant et signature,

DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ

Arena attache une grande importance à votre vie privée et la protection de vos données personnelles. Nous mettons tout en oeuvre pour garantir votre vie privée et donc gérer vos données personnelles avec soin. Ces données personnelles sont traitées par Arena, dont le siège social se situe Avenue des Nerviens 85/Bte 2 à 1040 Bruxelles (arena@arena-nv.be) conformément aux données générales du règlement 2016/679 (ci-après « GDPR »).

Si, après avoir lu notre déclaration de confidentialité, vous avez encore des questions à ce sujet, vous pouvez contacter le responsable de la protection des données d'Arena à l'adresse susmentionnée.

Tout membre de votre fédération et / ou club peut bénéficier des garanties fournies par Arena. Arena collecte vos données personnelles dans le cadre des demandes de remboursement lorsque vous soumettez un formulaire de déclaration «Accident corporel», «Responsabilité civile» ou «Assistance juridique». Ces données personnelles sont traitées pour l'exécution du contrat d'assurance entre Arena et votre fédération et / ou club, et plus spécifiquement pour la gestion des réclamations. Arena traite également les données personnelles afin de récupérer des avantages ou d'exercer son droit de recours légal. Les catégories suivantes de données personnelles peuvent être traitées aux fins décrites ci-dessus: nom complet, adresse, date de naissance, lieu de naissance, sexe, numéros de téléphone et fax, adresse e-mail, numéro de compte bancaire, nationalité, numéro national, occupation, photo et URL. Arena traite également vos données médicales, pour lesquelles votre consentement explicite est demandé via le formulaire de déclaration.

Nous pouvons fournir les informations que vous nous fournissez à des tiers si cela est nécessaire pour l'exécution des fins décrites ci-dessus. Bien entendu, nous prenons les dispositions nécessaires avec ces parties pour assurer la sécurité de vos données personnelles. En outre, nous ne transmettons pas les données fournies à des tiers, à moins que cela ne soit légalement requis et / ou autorisé, comme par exemple dans le cadre d'une enquête policière ou judiciaire. Nous ne fournissons pas de données personnelles à des parties situées en dehors de l'UE.

Les données personnelles sont conservées jusqu'à l'expiration de l'obligation légale de conservation des données, notamment jusqu'à la fin des obligations fiscales et comptables et la fin de la responsabilité contractuelle.

Vous avez le droit de demander gratuitement l'inspection, une copie, l'ajustement de vos données personnelles ou l'effacement de données personnelles incorrectes / incomplètes ou non pertinentes. Vous pouvez également faire opposition au traitement de vos données personnelles (ou d'une partie de celles-ci). Nous vous demanderons de vous identifier avant de pouvoir répondre aux demandes susmentionnées.

Des mesures techniques et organisationnelles appropriées ont été prises pour protéger les données personnelles contre le traitement illégal et Arena a une politique de confidentialité, dont vous pouvez obtenir une copie gratuite sur demande. Si vous souhaitez exercer ces droits à tout moment, vous pouvez nous envoyer une lettre ou un e-mail (voir ci-dessus) avec une preuve de votre identité. Si vous avez une plainte concernant le traitement des données personnelles, nous vous demandons de nous contacter directement. Vous avez également le droit de déposer une plainte auprès de l'Autorité de Protection des Données (APD), Rue de la Presse 35 à 1000 Bruxelles (<https://www.autoriteprotectiondonnees.be/>).

En vue d'une gestion efficace de mon dossier, et uniquement à cet effet, je donne autorisation au traitement des données de la loi du 08.12.1992 - Protection de la Vie Privée).
La victime marque également son accord pour ce qui concerne la "Déclaration de confidentialité" jointe à la présente.

SIGNATURES

Signature du secrétaire,

Signature de la victime/Tuteur légal
qui cependant confirme son accord formel
par rapport à la susdite déclaration
concernant ses données médicales,

Signatures des témoins
et/ou accompagnants,

Fait à _____ en date du ____/____/____