

# Avis d'accident

## 1. Membre accidenté

Nom/Prénom \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_ Profession \_\_\_\_\_

Rue \_\_\_\_\_ NPA/Lieu \_\_\_\_\_ Etat civil \_\_\_\_\_

Tél. privé \_\_\_\_\_ Tél. prof. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

No compte postal \_\_\_\_\_ Banque No IBAN \_\_\_\_\_

Nom et lieu de la banque \_\_\_\_\_ No clearing bancaire \_\_\_\_\_

Titulaire du compte \_\_\_\_\_

**No membre** \_\_\_\_\_  gymnastes actifs  hommes  seniors hommes  gymnastes actives  dames  seniors dames  
 gymnastes garçons  gymnastes filles  gymnastique enfantine  parents et enfant  autres

2. **Date de l'accident** \_\_\_\_\_ **Heure** \_\_\_\_\_

3. **Lieu/Manifestation** (Halle de gymnastique, emplacement, excursion, cours, fête de gymnastique) \_\_\_\_\_

4. **Engin, jeu, exercice etc.** \_\_\_\_\_

5. **Description de l'accident** \_\_\_\_\_

**Genre de lésion** \_\_\_\_\_

**Partie du corps atteinte** \_\_\_\_\_

6. **Deux témoins** \_\_\_\_\_

7. **Médecin traitant ou médecin dentiste** \_\_\_\_\_

Prière de joindre les certificats médicaux éventuels au présent formulaire

8. **Employeur** \_\_\_\_\_

9. **L'accidenté est assuré auprès** \_\_\_\_\_ Nom de la société d'assurance/caisse-maladie

• **LAA** au biais de l'employeur \_\_\_\_\_ annoncé ?  oui

• **Caisse-maladie** selon LAMal \_\_\_\_\_ annoncé ?  oui

• **Assurance supplémentaire** à LAMal/LAA \_\_\_\_\_ annoncé ?  oui

## Personne responsable dans la société pour les questions d'assurance

Nom/Prénom \_\_\_\_\_ Rue \_\_\_\_\_ NPA/Lieu \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Tél. privé \_\_\_\_\_ Tél. prof. \_\_\_\_\_

**Nom de la société** \_\_\_\_\_ **Association cant./rég. de la FSG** \_\_\_\_\_

Les membres soussignés du Comité et le membre accidenté déclarent que les données ci-dessus sont exactes dans toutes leurs parties et conformes à la vérité.

Un membre du Comité .....

Le moniteur/La monitrice .....

Le membre accidenté .....  
(pour les membres de la jeunesse le représentant légal)

Le membre accidenté autorise la CAS à prendre connaissance des documents officiels et médicaux.

Date ..... A envoyer à la Société coopérative Caisse d'assurance de sport de la FSG, 5001 Aarau

Remarques:.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**A observer**

- Tous les membres travaillant, mentionnés dans l’Etat de la FSG sont assurés selon le barème de la CAS.  
Les frais de guérison, y compris le traitement hospitalier en division commune et les frais dentaires ne sont couverts qu’en complément aux prestations d’autres assurances.  
En cas d’hospitalisation, seuls les frais de la division commune non couverts par une autre assurance sont remboursés par la CAS jusqu’au maximum de 1’000 francs par jours et jusqu’au maximum de 10’000 francs par séjour (y compris les honoraires des médecins, les soins, les frais de séjour, l’anesthésie, etc.).
- Les accidents gymniques doivent être annoncés immédiatement à l’employeur, à l’assurance accident privée ou à la caisse-maladie et être réglés par l’assurance ou la caisse-maladie correspondante.
- Tous les accidents gymniques doivent être annoncés également immédiatement à la Caisse d’assurance de sport de la FSG pour le cas qu’il y aura des frais de guérison non couverts ou que l’accident aura pour suite une invalidité permanente.
- Les décomptes de l’assurance ou de la caisse-maladie pour des frais de guérison peuvent être adressés à la Société coopérative Caisse d’assurance de sport de la FSG, 5001 Aarau, svk@stv-fsg.ch.