

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

