

## Avis d'accident

### 1. Membre accidenté

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

Rue \_\_\_\_\_ NPA/localité \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Poste / Banque N° IBAN \_\_\_\_\_

Nom et lieu de la banque \_\_\_\_\_

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

N° membre \_\_\_\_\_  
☐ gymnastes actifs ☐ hommes ☐ seniors ☐ gymnastes actives ☐ dames ☐ dames seniors  
☐ garçons/jeunesse ☐ filles/jeunesse ☐ gymnastique enfantine ☐ parents et enfant ☐ autres

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

3. Lieu de l'accident et manifestation \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nature des blessures \_\_\_\_\_

Partie du corps \_\_\_\_\_ ☐ gauche ☐ droit(e)

6. Témoins de l'accident \_\_\_\_\_

7. Médecin traitant/dentiste \_\_\_\_\_  
(prière de joindre une copie du rapport médical)

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

### 9. L'accidenté est assuré auprès (nom de la société d'assurance/caisse-maladie)

Assurance LAA de l'employeur \_\_\_\_\_ annoncé? ☐ oui

Caisse-maladie selon LAMal \_\_\_\_\_ annoncé? ☐ oui

Assurance supplémentaire à LAA/LAMal \_\_\_\_\_ annoncé? ☐ oui

### 10. Personne de contact du comité directeur

Nom/prénom \_\_\_\_\_ Rue \_\_\_\_\_ NPA/localité \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

N° membre \_\_\_\_\_

Nom de la société \_\_\_\_\_ association cant./rég. de la FSG \_\_\_\_\_

11. Remarques: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**12. Procuration:**

Le/la soussigné(e) autorise la Société coopérative Caisse d'assurance de sport à traiter les données nécessaires au règlement du sinistre déclaré. Si nécessaire, ces données seront transmises pour traitement à des tiers, en particulier à des coassureurs, réassureurs ou autres assureurs.

Le/la soussigné(e) autorise le personnel médical et ses auxiliaires à communiquer sur demande à la Société coopérative Caisse d'assurance de sport les données nécessaires au règlement du présent sinistre et délègue expressément ces personnes de leur obligation de garder le secret.

La Société coopérative Caisse d'assurance de sport est par ailleurs autorisée à se procurer auprès des caisses-maladie, des assureurs LAA et autres assureurs sociaux et privés impliqués des renseignements pertinents et à consulter leurs dossiers. L'assureur qui accorde l'accès aux dossiers est habilité à transmettre à la Société coopérative Caisse d'assurance de sport des copies des dossiers pertinents pour le règlement du sinistre déclaré, y compris sans nouvelle demande.

Le/la soussigné(e) autorise la Société coopérative Caisse d'assurance de sport à transmettre des données aux assureurs sociaux ou privés impliqués. En cas de recours contre des tiers civilement responsables ou leurs assureurs responsabilité civile, le/la soussigné(e) autorise la Société coopérative Caisse d'assurance de sport à communiquer à ces tiers les données nécessaires pour faire valoir ledit recours.

**Lieu et date**

**Signature membre blessé**

(pour les membres mineurs le représentant légal)

.....

.....

Les signataires déclarent que les données ci-dessus sont exactes dans toutes leurs parties et conformes à la vérité.

**Signature** membre du comité directeur .....

**Date** .....

**Signature** moniteur/ monitrice .....

**Date** .....

**Signature** membre blessé .....

**Date** .....

(pour les membres mineurs le représentant légal)

**A observer**

- Tous les membres travaillant, mentionnés dans la FSG-Admin sont assurés selon le barème de la CAS.  
Les frais de guérison 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 CHF 1'000.- par jours et jusqu'au maximum de CHF 10'000.- 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 aurait des frais de guérison non couverts ou que l'accident aurait 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, Bahnhofstrasse 38, 5000 Aarau, svk@stv-fsg.ch.

11.11.2025/9900