

CIRCONSTANCE DE L'ACCIDENT

DATE ET HEURE.....
 LIEU

- COMPÉTITION.....
- ÉQUIPES EN PRÉSENCE.....
- CIRCONSTANCES.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SIGNATURE
 DE LA VICTIME, ET DU REPRÉSENTANT
 DE L'ASSOCIATION

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné, M.

certifie avoir examiné M.

Membre d

(Nom de l'Association Sportive)

victime d'un accident le

et avoir constaté les lésions suivantes

.....

.....

.....

.....

.....

- Durée de l'arrêt de travail jours
- Durée de l'arrêt de l'activité sportive jours

Y a-t-il hospitalisation ? OUI NON

CACHET ET SIGNATURE DU MÉDECIN

ATTESTATION DE PERTE DE SALAIRE

pour contrat complémentaire n° 119 114 994 si garantie INDEMNITÉ JOURNALIÈRE souscrite

Je soussigné
 (nom ou raison sociale et profession de l'employeur)

certifie que M.
 (nom et prénom du salarié)

employé dans mon entreprise, a été victime d'un accident en dehors de son travail le
 qui lui a occasionné un arrêt de travail du au, soit jours.

PERTE DE SALAIRE CONSÉCUTIVE A CET ARRÊT DE TRAVAIL

A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR		RÉSERVÉ à Covéa Risks	
Salaire net qui aurait dû être versé pendant l'arrêt de travail (y compris les primes et autres avantages non comprises toutes cotisations sociales) €	Somme effectivement versée au blessé par l'employeur durant cette période (y compris les paiements au titre d'accords d'entreprise, compléments divers, etc.) €	Montant des indemnités journalières versées par la Sécurité Sociale €	Perte subie par le blessé €

Fait à..... le pour servir et valoir ce que de droit.

SIGNATURE DE L'EMPLOYEUR ET CACHET DE L'ENTREPRISE