

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

DATE ET HEURE.....
LIEU

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

SIGNATURES

DE LA VICTIME, ET DU REPRÉSENTANT
DE L'ASSOCIATION

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné, M.
certifie avoir examiné M.

Membre de.....
(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 – Contrat n° 55 12 17 45

Cette garantie n'est acquise que si l'option « INDEMNITÉ JOURNALIÈRE » a préalablement été souscrite par le licencié.

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 ALLIANZ	
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