



**Annonce d'accident**

**PRENEUR D'ASSURANCE**

Police: 900.341579.1

**SCHWEIZ. HÄNGEGLEITER-VERBAND  
FÉDÉRATION SUISSE DE VOL LIBRE**  
Seefeldstrasse 224  
8008 Zürich

- INDIVIDUELLE
- SUVUS
- AGRICOLE
- COLLECTIVE

SHV Nr./FSVL-No. ....

Tel 01 387 46 80  
Fax 01 387 46 89

Date du sinistre :

Etabli le :

**A remplir par le preneur d'assurance**

**1. Personne assurée**

Nom/Prénom .....	Date de naissance .....
Rue .....	No postal/Lieu .....
Tel. Privé .....	Tel. Prof. ....
Profession .....	
Nom et adresse de l'employeur: .....	

**2. Date de l'accident :** ..... **Heure :** .....

Lieu de l'accident .....

Description .....

.....

.....

.....

**3. Si l'accident s'est produit avec un véhicule à moteur:**

Marque ..... No des plaques .....

Qui conduisait le véhicule au moment de l'accident ? .....

**4. Existe-t-il un constat de police?** .....

De quel poste ? .....

**5. L'accident est-il couvert par une autre assurance accident?**

Caisse nationale  Caisse maladie  autre assurance accident

Nom de la compagnie .....

**6. Nom et adresse du médecin traitant:**

Date de la première consultation

En cas d'hospitalisation:  
Nom et adresse de l'hôpital

Date d'entrée à l'hôpital

Nature de la blessure

Quelles parties du corps ont été atteintes ?

**7. Y a-t-il une incapacité de travail**

Totale  oui  non  
Partielle  oui  non

Depuis quand .....  
Depuis quand .....

**8. A remplir seulement pour l'assurance collective contre les accidents**

Le blessé est-il parent du preneur d'assurance?

Engagé depuis le .....

Salaire du blessé déclaré à l'AVS Fr .....

par heure	jour	semaine	mois	année
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Combien d'heures par semaine le blessé travaillait-il dans l'entreprise assurée ? .....

L'accident s'est produit

pendant le travail pour l'entreprise  oui  non  
sur le chemin direct du travail  oui  non

Le soussigné déclare autoriser tous les médecins auprès desquels la Compagnie désire se renseigner au sujet de son état de santé, à fournir tous les rapports et toutes les indications utiles. Le preneur d'assurance autorise la Compagnie à consulter le rapport de police et toutes autres pièces de l'enquête.

à retourner à

Lieu et date

Signature du preneur d'assurance