GROUPE MDS
Mutuelle des Sportifs

MUTUELLE DES SPORTIFS
2-4, rue Louis David - 75782 Paris Cedex 16
Téléphone : 01 53 04 86 20 - Fax : 01 53 04 86 87

MUTUALITÉ FRANÇAISE

DÉCLARATION D'ACCIDENT A ADRESSER A LA M.D.S. DANS LES 5 JOURS DE SA SURVENANCE

(établie par le blessé, elle doit être contresignée par un responsable du club)

LES ZONES SUIVIES D'UNE (*) SONT A REMPLIR OBLIGATOIREMENT

IDENTIFICATION DU CLUB D'APPARTENANCE DU BLESSÉ (*)

NOM ET ADRESSE DU CLUB (*) :

ADRESSE DU CORRESPONDANT (*) :

TÉLÉPHONE :

CODE POSTAL : VILLE :

CE CLUB EST-IL AFFILIÉ AUPRÈS (*) - D'UNE LIGUE ☐ OUI ☐ NON (si oui préciser laquelle) :

- D'UNE FÉDÉRATION ☐ OUI ☐ NON (si oui préciser laquelle) :

(joindre impérativement copie de la licence en cours)

CE CLUB EST-IL ADHÉRENT DIRECT DE LA MUTUELLE (*) (si oui indiquer le N° de contrat)

☐ OUI ☐ NON

LE BLESSÉ EST-IL BÉNÉFICIAIRE DE GARANTIES COMPLÉMENTAIRES DE TYPE SPORMUT OU AUTRE (*) :

☐ OUI ☐ NON

Si oui : Nom et Numéro du contrat :

NOM ET PRÉNOM DU BLESSÉ : (*)

ADRESSE (*) : N° Rue

Ville CODE POSTAL

Bureau distributeur : N° TÉLÉPHONE :

PROFESSION DU BLESSÉ :

Nom et adresse de l'employeur ou de l'établissement scolaire ou universitaire :

RÉGIME DE PRÉVOYANCE OBLIGATOIRE (*) :

Le blessé est-il ASSURÉ SOCIAL ☐ TRAVAILLEUR INDÉPENDANT OU COMMERÇANT ☐

AUTRE ☐ : N° d'immatriculation :

NON ASSURÉ SOCIAL ☐ (préciser la raison)

RÉGIME DE PRÉVOYANCE COMPLÉMENTAIRE (*) : ☐ OUI ☐ NON

Nom de cette mutuelle ou organisme assureur : N° de Contrat :

Adresse de la mutuelle ou organisme assureur :

L'ACCIDENT S'EST PRODUIT AU COURS (*) : ☐ d'un trajet ☐ d'un entraînement ☐ d'une compétition ☐ de ligue ☐ de district ☐ autre

☐ autre cas (à préciser) :

DATE DE L'ACCIDENT (*) **HEURE (*)**

LIEU ET DÉPARTEMENT DE L'ACCIDENT (*) :

SEXE DU BLESSÉ (1 = MASCULIN – 2 = FÉMININ) **DATE DE NAISSANCE (*) :**

SPORT OU ACTIVITÉ PRATIQUÉ AU MOMENT DE L'ACCIDENT (*) :

SUITE CI-CONTRE →

CIRCONSTANCES EXACTES DE L'ACCIDENT (*) :

NOM DE LA COMPÉTITION ET DES CLUBS EN PRÉSENCE (*) :

Nom et adresse du premier témoin (*) : Signature :

Nom et adresse du second témoin : Signature :

Noms et adresses des autres personnes impliquées dans l'accident :

A-t-il été établi un procès verbal ou tout autre rapport par les autorités locales, précisant les circonstances de l'accident ? ☐ OUI ☐ NON

Dans l'affirmative, en communiquer les coordonnées :

Le blessé a-t-il été hospitalisé : ☐ OUI ☐ NON

JOINDRE OBLIGATOIREMENT UN CERTIFICAT MÉDICAL ÉTABLI PAR LE MÉDECIN CONSULTÉ LE JOUR DE L'ACCIDENT. CE DOCUMENT, A ADRESSER SOUS PLI CONFIDENTIEL A L'ATTENTION DU MÉDECIN CONSEIL DE LA M.D.S., DEVRA COMPORTER LES MENTIONS SUIVANTES (*) :

- DATE DE L'EXAMEN MÉDICAL,
- DATE DE L'ACCIDENT,
- NATURE ET SIÈGE DES BLESSURES,
- DURÉE DE L'INCAPACITÉ SPORTIVE MINIMUM,
- DURÉE DE L'ARRÊT DE TRAVAIL, S'IL Y A LIEU.

EN CAS DE BRIS DE LUNETTES OU DE PERTE DE LENTILLES, IL CONVIENDRA DE JOINDRE LA CONFIRMATION MÉDICALE DU PORT OBLIGATOIRE DES LUNETTES OU LENTILLES PENDANT LES ACTIVITÉS SPORTIVES.

S'IL NE S'AGIT PAS DU BLESSÉ NOM ET ADRESSE DE LA PERSONNE QUI DOIT RECEVOIR L'ACCUSÉ DE RÉCEPTION :

NOM ET PRÉNOM :

ADRESSE : N° Rue

Ville CODE POSTAL

Bureau distributeur : N° TÉLÉPHONE :

Fait à le

Signature du Blessé :

Signature du correspondant et cachet du club :

Enregistrer sous | Imprimer | Réinitialisation

En cas d'assistance, téléphonez à :

M.D.S. ASSISTANCE : 01 45 16 65 70

(International : +33 1 45 16 65 70)

(*) A remplir obligatoirement.