

## MUTUELLE DES SPORTIFS

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



## 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

NOM ET ADRESSE DU CLUB (*):
ADRESSE DU CORRESPONDANT (* ) :
TÉLÉPHONE : L , L , L , L , L , L , L , L , L , L
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 Rue
Ville CODE POSTAL CODE POSTAL
Bureau distributeur : Nº TÉLÉPHONE : Nº 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 : Nº d'immatriculation :
NON ASSURÉ SOCIAL (préciser la raison)
RÉGIME DE PRÉVOYANCE COMPLÉMENTAIRE (*) : U OUI NON
Nom de cette mutuelle ou organisme assureur :
Adresse de la mutuelle ou organisme assureur :
L'ACCIDENT S'EST PRODUIT AU COURS (*): d'un trajet d'un entraînement d'une compétition de district autre
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 (*) :
SPORT OU ACTIVITE PRATIQUE AU MOMENT DE L'ACCIDENT (°) :  SUITE CI-CONTRE ->

CIRCONSTANCES EXACTES DE L'ACCIDENT (*) :		
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,	<u> </u>	
Dans l'affirmative, en communiquer les coordonnées :		
Le blessé a-t-il été hospitalisé : OUI NON		
<ul> <li>DATE DE L'EXAMEN MÉDICAL,</li> <li>DATE DE L'ACCIDENT,</li> <li>NATURE ET SIÈGE DES BLESSURES,</li> <li>DURÉE DE L'INCAPACITÉ SPORTIVE MINIM</li> <li>DURÉE DE L'ARRÊT DE TRAVAIL, S'IL Y A I</li> </ul> EN CAS DE BRIS DE LUNETTES OU DE PERTE DE LENTILLES, IL C DU PORT OBLIGATOIRE DES LUNETTES OU LENTILLES PENDANT	LIEU. ONVIENDRA DE JOINDRE LA CONFIRMATION MÉDICALE	
S'IL NE S'AGIT PAS DU BLESSÉ NOM ET ADRESSE DE LA PERSONI		
NOM ET PRÉNOM : Rue		
Ville		
Bureau distributeur :		
Fait à le		
Signature du Blessé :	Signature du correspondant et cachet du club :	

En cas d'assistance, téléphonez à :

M.D.S. ASSISTANCE : 01 45 16 65 70 (International : +33 1 45 16 65 70)