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

DECLARATION 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: I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

CODE POSTAL : ____________ VILLE : ______________________________

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

____

Joindre impérativement une copie de la Carte Montagne en cours de validité

- D'UNE FÉDÉRATION ☒ **OUI** ☐ **NON** (Si oui préciser laquelle)
Fédération Française du Milieu Montagnard 18, rue Saint Polycarpe 69001 LYON
Accord collectif n° 1318. RC ALLIANZ IARD n° 54402630.

NUMÉRO DE LA CARTE MONTAGNE EN COURS * : ____________________

LE BLESSÉ EST-IL BÉNÉFICIAIRE DE GARANTIES SUPPLÉMENTAIRES DE TYPE SPORTMUT OU AUTRE * : ☐ **OUI** ☐ **NON**

Si oui : Nom et Numéro du contrat : ______________________________

NOM ET PRÉNOM DU BLESSÉ *: I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

ADRESSE *: N° I__I__I__I__I Rue I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

Ville I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I I Code postal I__I__I__I__I__I

Bureau distributeur : I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I I N° TÉLÉPHONE : I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

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 entrainement ☐ d'une compétition
☐ autre cas (à préciser) ______________________________

DATE DE L'ACCIDENT *: I__I__I I__I__I I__I__I **HEURE *** I__I__I I__I__I

LIEU DE L'ACCIDENT * : ______________________________ **DÉPARTEMENT :** I__I__I

SEXE DU BLESSÉ I__I (1 = MASCULIN 2 = FÉMININ) DATE DE NAISSANCE * I__I__I I__I__I I__I__I

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

SUITE CI-CONTRE→

CIRCONSTANCES EXACTES DE L'ACCIDENT * : ____

____

____

NOM DE L'ACTIVITE ET DES CLUBS EN PRESENCE * : ____

____

Nom et adresse du premier témoin * : ______________________________ Signature :

____

Nom et adresse du second témoin * : ______________________________ Signature :

____

Nom et adresse 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 DOCUEMENT À ADRESSER SOUS PLI CONFIDENTIEL À 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 RÉCEPTION :

NOM ET PRÉNOM : I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

ADRESSE *: N° I__I__I__I__I Rue I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

Ville I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I Code postal I__I__I__I__I__I

Bureau distributeur : I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I I N° TÉLÉPHONE : I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

Fait à ______________________ le : ______________

Signature du blessé

Signature du correspondant et cachet du club :

En cas de rapatriement de plus de 50 kilomètres, téléphonez à :

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

*** A remplir obligatoirement**