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

Adhérente 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 →