



GROUPE MDS
Mutuelle des Sportifs

MUTUELLE DES SPORTIFS

2-4, rue Louis David - 75782 Paris Cedex 16

Téléphone: 01 53 04 86 20

Email : prestations@grpmds.com



DÉCLARATION D'ACCIDENT A ADRESSER A LA MDS DANS LES 5 JOURS DE SA SURVENANCE

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

Pour plus de facilité et de simplicité, vous pouvez également déclarer votre sinistre en ligne. Rendez-vous sur notre site à l'adresse suivante : www.mutuelle-des-sportifs.com

IDENTIFICATION DU CLUB D'APPARTENANCE DU BLESSÉ (*)

NOM ET ADRESSE DU CLUB (*) :

ADRESSE DU CORRESPONDANT (*) :

ADRESSE MAIL DU CORRESPONDANT :

CODE POSTAL : VILLE :

CE CLUB EST-IL AFFILIÉ A(*) – UNE LIGUE ☐ OUI ☐ NON (si oui préciser laquelle) :

– 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 SPORTMUT OU AUTRE (*) :

☐ OUI ☐ NON

Si oui : Nom et numéro du contrat :

NOM ET PRÉNOM DU BLESSÉ (*) :

ADRESSE (*) :

CODE POSTAL : VILLE :

TÉLÉPHONE :

SEXE DU BLESSÉ (*) : ☐ (M = MASCULIN – F= FEMININ) DATE DE NAISSANCE (*) :

--	--	--	--	--	--	--	--

ADRESSE MAIL DU BLESSÉ OU DE SON REPRÉSENTANT LÉGAL :

PROFESSION DU BLESSÉ :

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

RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE MALADIE (*) :

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

AUTRE ☐ N° d'immatriculation :

NON ASSURÉ SOCIAL ☐ (préciser la raison)

RÉGIME COMPLÉMENTAIRE SANTÉ (*) : ☐ OUI ☐ NON

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

Adresse de la mutuelle ou organisme assureur :

Le blessé bénéficie-t-il d'une garantie Individuelle Accident auprès d'une autre mutuelle ou organisme assureur ? ☐ OUI ☐ NON

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

Adresse de la mutuelle ou organisme assureur :

SUITE CI-CONTRE →

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 (*) :

SPORT PRATiqué AU MOMENT DE L'ACCIDENT (*) :

LIEU ET DÉPARTEMENT DE L'ACCIDENT (*) :

NOM DE LA COMPÉTITION ET DES CLUBS CONCERNÉS (*) :

CIRCONSTANCES EXACTES DE L'ACCIDENT (*) :

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 JUSTIFICATIF D'AFFILIATION / UNE LICENCE AU GROUPEMENT AINSI Q'UN CERTIFICAT MÉDICAL ÉTABLI PAR LE MÉDECIN CONSULTÉ LE JOUR DE L'ACCIDENT (SAUF EN CAS DE BRIS DE LUNETTES). CE DOCUMENT, A ADRESSER SOUS PLI CONFIDENTIEL A L'ATTENTION DU MÉDECIN CONSEIL DE LA MUTUELLE DES SPORTIFS, DEVRA COMPORTER LES MENTIONS SUIVANTES :

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

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 :

CODE POSTAL : VILLE :

ADRESSE MAIL :@.....

TÉLÉPHONE :

Fait à le

Signature du blessé (ou de son représentant légal) :

Signature du correspondant et cachet du club :

(*) A remplir obligatoirement