



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

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

TOUS LES CHAMPS SONT OBLIGATOIRES

IDENTIFICATION DU CLUB D'APPARTENANCE DU BLESSÉ

NOM DU CLUB :

.....

COORDONNEES DU CORRESPONDANT :

.....

MAIL :@.....

IDENTIFICATION DU BLESSÉ

NOM ET PRÉNOM DU BLESSÉ :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

TÉLÉPHONE : MAIL :@.....

SEXE DU BLESSÉ: (M = MASCULIN – F= FEMININ)

DATE DE NAISSANCE (*):

PROFESSION DU BLESSÉ :

RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

ASSURÉ SOCIAL TRAVAILLEUR INDÉPENDANT OU COMMERÇANT AUTRE

RÉGIME COMPLÉMENTAIRE

GARANTIE COMPLÉMENTAIRE SPORTMUT (MDS) : OUI NON N° CONTRAT :

MUTUELLE COMPLÉMENTAIRE : OUI NON NOM :

AUTRE ASSUREUR INDIVIDUELLE ACCIDENT : OUI NON NOM/N° CONTRAT :

INFORMATIONS SUR L'ACCIDENT

L'ACCIDENT S'EST PRODUIT LORS :

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 :

.....

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT :

.....

.....

NOM DE LA COMPÉTITION ET DES CLUBS CONCERNÉS :

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, 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'ARRET DE TRAVAIL, S'IL Y A LIEU.

LE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SOINS DE SANTÉ INTERVIENDRA SUR PRÉSENTATION DES JUSTIFICATIFS DE PAIEMENT : DÉCOMPTES D'ASSURANCE MALADIE, DÉCOMPTES DE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ, FACTURES ACQUITTÉES DE DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES, BORDEREAU DE FACTURATION D'HOSPITALISATION, ETC.

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 :

TÉLÉPHONE : MAIL :@.....

Fait à le

Signature du blessé (ou de son représentant légal) :

Signature du correspondant et cachet du club :

En cas d'assistance-rapatriement, téléphonez à :

MUTUAIDE ASSISTANCE : 01 45 16 65 70

(Si vous êtes à l'étranger : +33 1 45 16 65 70)