GROUPE MDS
Mutuelle des Sportifs

ATLANTIQUE

LMF Ligue du Maine de Football

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

Monsieur Alain GUIGNARD—Service Assurances—Ligue Atlantique de Football—172 bd des Pas Enchantés
BP 63507—44235 Saint Sébastien sur Loire - Tél : 02 40 56 09 74

(établie par le blessé, elle doit être contresignée par le 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 →

CIRCONSTANCES EXACTES DE L'ACCIDENT (*) : _____

_____

_____

NOM DE LA COMPÉTITION ET DES CLUBS EN PRÉSENCE (*) : _____

_____

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 CERTIFICAT MÉDICAL ÉTABLI PAR LE MÉDECIN CONSULTÉ LE JOUR DE L'ACCIDENT. CE DOCUMENT, A ADRESSER SOUS PLI CONFIDENTIEL A 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 DE RÉCEPTION :

NOM ET PRÉNOM : _____

ADRESSE : N° _____ Rue _____

Ville _____ CODE POSTAL _____

Bureau distributeur : _____ N° TÉLÉPHONE : _____

Fait à _____ le _____

Signature du Blessé :

Signature du correspondant et cachet du club :

MDS - JL 07/2016

En cas d'assistance, téléphonez à :

MDS ASSISTANCE : 05 49 34 88 27

(International : +33 5 49 34 88 27)

MUTUELLE DES SPORTIFS - 2-4, rue Louis David 75782 Paris Cedex 16 - ☎ 01 53 04 86 20 🖷 01 53 04 86 87

(*) A remplir obligatoirement.