



GROUPE MDS
Mutuelle des Sportifs



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)

LES ZONES SUIVIES D'UNE (*) SONT A REMPLIR OBLIGATOIREMENT

IDENTIFICATION DU CLUB D'APPARTENANCE DU BLESSÉ (*)

NUMÉRO D'AFFILIATION DU CLUB (*) : _____

NOM ET ADRESSE DU CLUB (*) : _____

NOM ET ADRESSE DU CORRESPONDANT (*) : _____

TÉLÉPHONE : _____

CODE POSTAL : _____ VILLE : _____

JOINDRE IMPÉRATIVEMENT COPIE DE LA LICENCE EN COURS

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 : _____

SEXE DU BLESSÉ ☐ (1 = MASCULIN - 2 = FÉMININ) DATE DE NAISSANCE (*) : _____

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 (*) : _____

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

SUITE CI-CONTRE →



Mutuelle des Sportifs

Mutuelle régie par le Code de la Mutualité et soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité
Mutuelle immatriculée au Registre National des Mutuelles sous le n° 422 801 910

2-4, rue Louis David - 75782 Paris cedex 16 - Tél. : 01 53 04 86 86 - FAX : 01 53 04 86 87

Nom et adresse du premier témoin (*) : _____ Signature : _____

Nom et adresse du second témoin : _____

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

Le blessé a-t-il été hospitalisé : ☐ OUI ☐ NON

- 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.

S'IL NE S'AGIT PAS DU BLESSÉ NOM ET ADRESSE DE LA PERSONNE QUI DOIT RECEVOIR L'ACCUSÉ DE RÉCEPTION :

**Signature du correspondant
et cachet du club :**

(International : +33 1 45 16 65 70)

(*) A remplir obligatoirement.