



GROUPE MDS
Mutuelle des Sportifs



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

à MARSH SA - Département Sports - Tour Ariane - La Défense 9 - 92088 Paris la Défense Cedex
Tél : 0810.359.359 - Fax : 0810.000.205

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

LES ZONES SUIVIES D'UNE (*) SONT A REMPLIR OBLIGATOIREMENT
JOINDRE IMPERATIVEMENT COPIE DE LA LICENCE EN COURS

NOM et PRENOM DU BLESSE(E) : (*)

ADRESSE (*) : N° Rue

Ville : Code Postal :

Bureau distributeur : N°téléphone :

SEXE DU BLESSE : (1 = masculin . 2 = féminin).

DATE DE NAISSANCE(*) :

PROFESSION DU BLESSE(E) :

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

REGIME DE PREVOYANCE OBLIGATOIRE (*) :

Le blessé(e) est-il (elle) : ASSURE SOCIAL ☐ TRAVAILLEUR INDEPENDANT OU COMMERCEANT ☐

AUTRE ☐ : N°l mmatriculation :

NON ASSURE SOCIAL ☐ (préciser la raison) :

REGIME DE PREVOYANCE COMPLEMENTAIRE (*) : OUI ☐ NON ☐

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

Adresse de la mutuelle ou organisme assureur :

LE BLESSE EST-IL BENEFICIAIRE DE GARANTIES COMPLEMENTAIRES DE TYPE SPORMUT FF NATATION (*) :

☐ OUI ☐ NON

N°D'AFFILIATION, NOM ET ADRESSE DU CLUB D'APPARTENANCE DU BLESSE (*) :

N°DE LICENCE DU BLESSE(E) :

DATE DE L'ACCIDENT (*)

HEURE (*)

L'ACCIDENT S'EST PRODUIT AU COURS (*) : ☐ d'un trajet ☐ d'un entraînement ☐ d'une compétition

☐ autre cas (à préciser) :

LIEU ET DEPARTEMENT DE L'ACCIDENT(*) :

N° D'AFFILIATION NOM ET ADRESSE DU CLUB ORGANISATEUR DE L'ACTIVITE AU COURS DE LAQUELLE L'ACCIDENT S'EST PRODUIT (*) :

SUITE CI-APRES



RELATER LES CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT AVEC LE PLUS DE PRECISIONS POSSIBLE, SI NECESSAIRE, UN CROQUIS : _____

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

Nom et adresse du second témoin : _____ Signature : _____

Y'a-t-il un tiers impliqué dans l'accident ? : ☐ OUI ☐ NON

Dans l'affirmative en communiquer les coordonnées : _____

A-t-il été établi un procès verbal ou tout autre rapport par les autorités locales ? : _____

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

JOINDRE OBLIGATOIREMENT :

UN CERTIFICAT MEDICAL ETABLI PAR LE MEDECIN CONSULTE LE JOUR DE L'ACCIDENT. CE DOCUMENT, A ADRESSER SOUS PLI CONFIDENTIEL A L'ATTENTION DU MEDECIN CONSEIL DE LA M.D.S, DEVRA COMPORTER LES MENTIONS SUIVANTES :

- ▶ DATE DE L'EXAMEN MEDICAL,
- ▶ DATE DE L'ACCIDENT,
- ▶ NATURE ET SIEGE DES BLESSURES,
- ▶ DUREE DE L'INCAPACITE SPORTIVE MINIMUM,
- ▶ DUREE DE L'ARRET DE TRAVAIL S'IL Y A LIEU.

Le cas échéant : Justification des frais médicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation, de transport, restant à la charge du blessé après remboursement de la Sécurité Sociale et de la Mutuelle ou tout autre régime de prévoyance (les originaux des bordereaux de remboursement à joindre) et/ou facture acquittée.

En cas de décès : Certificat médical (à adresser sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la MDS) indiquant la cause du décès, coordonnées du Notaire chargé de la succession, coordonnées du procès verbal de gendarmerie ou du rapport de police.

**Signature du blessé ou
de son représentant légal :**

**Signature du représentant du club
qualité et cachet du club :**

**En cas de rapatriement contacter :
M.D.S. ASSISTANCE : 01.45.16.65.70.
(International +33.1.45.16.65.70)**

