GROUPE MDS
Mutuelle des Sportifs

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

FFBB
FÉDÉRATION FRANÇAISE DE BASKETBALL

DÉCLARATION D'ACCIDENT A ADRESSER A LA M.D.S. 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 (*)

NOM ET ADRESSE DU CLUB (*) : .....

.....

ADRESSE DU CORRESPONDANT (*) : .....

.....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

OPTION SOUSCRITE PAR LE BLESSÉ (*) :

☐ **A** ☐ **A+C**

☐ **B** ☐ **B+C**

NOM ET PRÉNOM DU BLESSÉ (*) : .....

ADRESSE (*) : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

Bureau distributeur : .....

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 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 : .....

.....

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 : .....

.....

L'ACCIDENT S'EST PRODUIT AU COURS (*) :

☐ d'un trajet ☐ d'un entrainement ☐ d'une compétition ☐ d'un stage ☐ d'un tournoi ☐ d'un match amical
☐ d'une sélection ☐ d'une initiation au basket ☐ d'une participation bénévole ☐ autre cas (à préciser) : .....

.....

DATE DE L'ACCIDENT (*) : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ **HEURE (*) :** ☐☐☐☐

SUITE CI-CONTRE →

LIEU ET DÉPARTEMENT DE L'ACCIDENT (*) : .....

CIRCONSTANCES EXACTES DE L'ACCIDENT (*) : .....

.....

.....

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

.....

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, 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 SIEGE DE LA BLESSURE,
- DURÉE DE L'INCAPICITÉ SPORTIVE MINIMUM,
- DURÉE DE L'ARRET DE TRAVAIL, S'IL Y A LIEU.

EN CAS DE BRIS DE LUNETTES OU DE PERTE DE LENTILLES, IL CONVIENDRA DE JOINDRE LA CONFIRMATION MEDICALE DU PORT OBLIGATOIRE DES LUNETTES OU LENTILLES PENDANT LES ACTIVITES 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 : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

Bureau distributeur : .....

TÉLÉPHONE : .....

Fait à ..... le .....

Signature du blessé (ou de son représentant légal) :

Signature du correspondant et cachet du club :

En cas d'assistance, téléphonez à :

MAIF ASSISTANCE : 05 49 34 88 27

(Si vous êtes à l'étranger : +33 5 49 34 88 27)

(*) A remplir obligatoirement