



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

Service Assurances—Ligue des Pays de la Loire de Football—172 bd des Pas Enchantés

BP 63507—44235 Saint Sébastien sur Loire - Tél : 02 40 56 09 74 - Mail : lfpaysdelaloire@mutuelle-des-sportifs.com

(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 (*) :

N° AFFILIATION A LA LIGUE :

ADRESSE DU CORRESPONDANT (*) :

CODE POSTAL : VILLE :

MAIL :

LE BLESSÉ EST-IL BENEFICIAIRE AUPRES DE LA MDS DE GARANTIES COMPLEMENTAIRES DE TYPE SPORTMUT (*) :

OUI NON

Si OUI, N° de contrat :

NOM ET PRÉNOM DU BLESSÉ (*) :

ADRESSE (*) :

CODE POSTAL : VILLE :

Bureau distributeur :

TÉLÉPHONE : MAIL :

SEXE DU BLESSÉ (*) : (M = MASCULIN – F= FEMININ) **DATE DE NAISSANCE (*) :**

Adresse mail du blessé ou de son représentant légal :

PROFESSION DU BLESSÉ :

RÉGIME DE PRÉVOYANCE OBLIGATOIRE (*) :

Le blessé est-il : ASSURÉ SOCIAL TRAVAILLEUR INDÉPENDANT OU COMMERÇANT

AUTRE

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 : de ligue de district autre

autre cas (à préciser) :

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

LIEU ET DÉPARTEMENT DE L'ACCIDENT (*) :

CIRCONSTANCES EXACTES DE L'ACCIDENT (*) :

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

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'INCAPACITÉ SPORTIVE MINIMUM,
- DURÉE DE L'ARRET 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 :

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 rapatriement, téléphonez à :
MDS ASSISTANCE : 05 49 34 88 27 (Contrat n° 4027663K à rappeler)
(Si vous êtes à l'étranger : +33 5 49 34 88 27)

(*) A remplir obligatoirement