GROUPE MDS
Mutuelle des Sportifs

FFFORCE
FÉDÉRATION FRANCAISE DE FORCE

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

A LA MUTUELLE DES SPORTIFS

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

(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 : _____

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

☐ 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 :

En cas d'assistance, téléphonez à :
MAIF ASSISTANCE : 0 800 875 875 (appel gratuit depuis un poste fixe)
+33 5 49 34 88 27 si vous êtes à l'étranger

(*) A remplir obligatoirement.