



GROUPE MDS
Mutuelle des Sportifs

MUTUELLE DES SPORTIFS

2-4, rue Louis David - 75782 Paris Cedex 16

Téléphone: 01 53 04 86 20

Email : prestations@grpmds.com



FFBB
FÉDÉRATION FRANÇAISE
DE BASKETBALL

Déclaration en ligne : <https://www.mutuelle-des-sportifs.com>

DÉCLARATION D'ACCIDENT À ADRESSER A LA MDS DANS LES 15 JOURS DE SA SURVENANCE

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

TOUS LES CHAMPS DOIVENT ÊTRE COMPLÉTÉS

IDENTIFICATION DU CLUB D'APPARTENANCE DU BLESSÉ

NOM DU CLUB :

COORDONNEES DU CORRESPONDANT :

MAIL :@.....

FORMULE SOUSCRITE PAR LE BLESSÉ

- A A+C
 B B+C

IDENTIFICATION DU BLESSÉ

NOM ET PRÉNOM DU BLESSÉ :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

TÉLÉPHONE : MAIL :@.....

SEXE DU BLESSÉ: (M = MASCULIN – F= FEMININ)

DATE DE NAISSANCE :

PROFESSION DU BLESSÉ :

RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

ASSURÉ SOCIAL TRAVAILLEUR INDÉPENDANT OU COMMERÇANT AUTRE

RÉGIME COMPLÉMENTAIRE

MUTUELLE COMPLÉMENTAIRE : OUI NON NOM :

AUTRE ASSUREUR INDIVIDUELLE ACCIDENT : OUI NON NOM/N° CONTRAT :

INFORMATIONS SUR L'ACCIDENT

TYPE DE PRATIQUE : 5x5 3x3 Vivre Ensemble

L'ACCIDENT S'EST PRODUIT LORS :

- d'un entraînement/stage d'une compétition d'une sélection d'une initiation
 d'une session vivre ensemble d'un trajet d'une participation bénévole
 Autre (préciser) :

DATE DE L'ACCIDENT :

HEURE :

LIEU ET DÉPARTEMENT DE L'ACCIDENT :

SUITE CI-CONTRE →

NOM DE LA MANIFESTATION ET DES CLUBS CONCERNÉS :

.....

CIRCONSTANCES DE 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 SIÈGE DE LA BLESSURE,
- 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 CONVIENTRA 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 :

CODE POSTAL : VILLE :

TÉLÉPHONE : MAIL :@.....

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 (Contrat n° 4100116P à rappeler)

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