



**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 entraînement       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'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 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