GROUPE MDS
Mutuelle des Sportifs

FEDERATION FRANÇAISE DE NATATION FFN

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

à MARSH SA - Département Sports - Tour Ariane - La Défense 9 - 92088 Paris la Défense Cedex
Tél : 0810.359.359 - Fax : 0810.000.205

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

LES ZONES SUIVIES D'UNE (*) SONT A REMPLIR OBLIGATOIREMENT
JOINDRE IMPERATIVEMENT COPIE DE LA LICENCE EN COURS

NOM et PRENOM DU BLESSE(E) : (*) _____

ADRESSE (*): N° _____ Rue _____

Ville : _____ Code Postal : _____

Bureau distributeur : _____ N°téléphone : _____

SEXE DU BLESSE : ___ (1 = masculin . 2 = féminin). **DATE DE NAISSANCE(*) :** ___ ___ ___

PROFESSION DU BLESSE(E) : _____

Nom et adresse de l'employeur ou de l'établissement scolaire ou universitaire : _____

_____

REGIME DE PREVOYANCE OBLIGATOIRE (*) :

Le blessé(e) est-il (elle) : ASSURE SOCIAL ☐ TRAVAILLEUR INDEPENDANT OU COMMERCANT ☐

AUTRE ☐ : _____ N°I mmatriculation : _____

NON ASSURE SOCIAL ☐ (préciser la raison) : _____

REGIME DE PREVOYANCE COMPLEMENTAIRE (*): OUI ☐ NON ☐

Nom de cette mutuelle ou organisme assureur : _____ N°de contrat : _____

Adresse de la mutuelle ou organisme assureur : _____

LE BLESSE EST-IL BENEFICIAIRE DE GARANTIES COMPLEMENTAIRES DE TYPE SPORMUT FF NATATION (*) :
☐ OUI ☐ NON

N°D'AFFILIATION, NOM ET ADRESSE DU CLUB D'APPARTENANCE DU BLESSE (*) : _____

_____

_____

N°DE LICENCE DU BLESSE(E) : _____

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

L'ACCIDENT S'EST PRODUIT AU COURS (*) : ☐ d'un trajet ☐ d'un entraînement ☐ d'une compétition
☐ autre cas (à préciser) : _____

_____

LIEU ET DEPARTEMENT DE L'ACCIDENT(*) : _____

N° D'AFFILIATION NOM ET ADRESSE DU CLUB ORGANISATEUR DE L'ACTIVITE AU COURS DE LAQUELLE L'ACCIDENT S'EST PRODUIT (*) : _____

_____

SUITE CI-APRES ↳

RELATER LES CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT AVEC LE PLUS DE PRECISIONS POSSIBLE, SI NECESSAIRE, UN CROQUIS : _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Nom et adresse du premier témoin (*) : _____ **Signature :**

_____

Nom et adresse du second témoin : _____ **Signature :**

_____

Y'a-t-il un tiers impliqué dans l'accident ? : ☐ OUI ☐ NON

Dans l'affirmative en communiquer les coordonnées : _____

_____

A-t-il été établi un procès verbal ou tout autre rapport par les autorités locales ? : _____

_____

Le blessé a t'il été hospitalisé : ☐ OUI ☐ NON

<u>JOINDRE OBLIGATOIREMENT</u> :

UN CERTIFICAT MEDICAL ETABLI PAR LE MEDECIN CONSULTE LE JOUR DE L'ACCIDENT. CE DOCUMENT, A ADRESSER SOUS PLI CONFIDENTIEL A L'ATTENTION DU MEDECIN CONSEIL DE LA M.D.S, DEVRA COMPORTER LES MENTIONS SUIVANTES :

- ►DATE DE L'EXAMEN MEDICAL,
- ►DATE DE L'ACCIDENT,
- ►NATURE ET SIEGE DES BLESSURES,
- ►DUREE DE L'INCAPACITE SPORTIVE MINIMUM,
- ►DUREE DE L'ARRET DE TRAVAIL S'IL Y A LIEU.

<u>Le cas échéant</u> : Justification des frais médicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation, de transport, restant à la charge du blessé après remboursement de la Sécurité Sociale et de la Mutuelle ou tout autre régime de prévoyance (les originaux des bordereaux de remboursement à joindre) et/ou facture acquittée.

<u>En cas de décès</u> : Certificat médical (à adresser sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la MDS) indiquant la cause du décès, coordonnées du Notaire chargé de la succession, cordonnées du procès verbal de gendarmerie ou du rapport de police.

Signature du blessé ou de son représentant légal :

Signature du représentant du club qualité et cachet du club :

En cas de rapatriement contacter :

M.D.S. ASSISTANCE : 01.45.16.65.70.

(International +33.1.45.16.65.70)