



**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](mailto: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