



DÉCLARATION D'ACCIDENT A ADRESSER À LA M.D.S. DANS LES 5 JOURS DE SA SURVENANCE

2-4, rue Louis David - 75782 Paris cedex 16 - Tél : 01 53 04 86 20 - Fax : 01 53 04 86 87

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

LES ZONES SUIVIES D'UNE (*) SONT A REMPLIR OBLIGATOIREMENT

VOUS POUVEZ EFFECTUER CETTE DECLARATION DIRECTEMENT PAR INTERNET SUR www.ffkarate.fr

NOM ET PRÉNOM DU BLESSÉ(E) : (*) _____

ADRESSE (*) : N° _____ Rue _____

Ville _____ Code Postal : _____

Adresse mail : _____ N° téléphone : _____

SEXE DU BLESSÉ (1 = MASCULIN - 2 = FÉMININ) **DATE DE NAISSANCE (*) :**

PROFESSION DU BLESSÉ : _____

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

RÉGIME DE PRÉVOYANCE OBLIGATOIRE (*) :

Le blessé(e) est-il (elle) : 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 BLESSE EST-IL BENEFICIAIRE DE GARANTIES COMPLEMENTAIRES DE TYPE SPORMUT FF KARATE (*) :

OUI NON

NOM ET N° D'AFFILIATION DU CLUB D'APPARTENANCE DU BLESSÉ (*) : _____

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

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

STYLE OU DISCIPLINE PRATiquÉE AU MOMENT DE L'ACCIDENT (*) : _____

L'ACCIDENT S'EST PRODUIT (*) :

DANS MON CLUB D'AFFILIATION **HORS DU CLUB**

DANS UN AUTRE CLUB : Nom adresse et n° d'affiliation du club organisateur de l'activité : _____

Sur le tatami **Hors tatami (ex : vestiaires, douches... à préciser) :**

Compétition : de ligue de comité départemental autre (à préciser) : _____

Entraînement

Tournoi inter clubs

Au cours d'un trajet

Autres cas (à préciser) : _____

RELATER LES CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT AVEC LE PLUS DE PRÉCISIONS POSSIBLE, SI NÉCESSAIRE, UN CROQUIS AVEC LA POSITION EXACTE DU BLESSÉ : _____

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

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.

Le cas échéant : 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.

En cas de décès : 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, coordonnées 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)



Mutuelle des Sportifs

Mutuelle régie par le Code de la Mutualité et soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité
Mutuelle immatriculée au Registre National des Mutuelles sous le n° 422 801 910

2-4, rue Louis David - 75782 Paris cedex 16 - Tél. : 01 53 04 86 20 - FAX : 01 53 04 86 87

(*) A remplir obligatoirement.