



GROUPE MDS
Mutuelle des Sportifs



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

à la **LIGUE RHÔNE-ALPES DE FOOTBALL**
Service des Assurances - 237, rue Léon Blum - 69628 VILLEURBANNE CEDEX
Tél. : 04 72 15 30 78 - Fax : 04 72 37 67 91

(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 (*)

NUMÉRO D'AFFILIATION DU CLUB (*) : 518181 US PONT-LA ROCHE

NOM ET ADRESSE DU CLUB (*) : PONT DE LISERE
Affiliation N° 518181
Siège : Mairie - 26600

NOM ET ADRESSE DU CORRESPONDANT (*) : Dr. Phaleard
Tél./Fax 04 75 84 81 94

1 all des Bruges

TÉLÉPHONE : 0475845412

CODE POSTAL : 26600 VILLE : La Roche de Glun

JOINDRE IMPÉRATIVEMENT COPIE DE LA LICENCE EN COURS

LE BLESSÉ EST-IL BÉNÉFICIAIRE DE GARANTIES COMPLÉMENTAIRES DE TYPE SPORMUT OU AUTRE (*) :

OUI NON

Si oui : Nom et Numéro du contrat : _____

NOM ET PRÉNOM DU BLESSÉ : (*) _____

ADRESSE (*) : N° _____ Rue _____

Ville _____ CODE POSTAL _____

Bureau distributeur : _____ 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 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 : _____

L'ACCIDENT S'EST PRODUIT AU COURS (*) : d'un trajet d'un entraînement d'une compétition de ligue

autre cas (à préciser) : _____ de district autre

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

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

SPORT OU ACTIVITÉ PRATiqué AU MOMENT DE L'ACCIDENT (*) : _____

SUITE CI-CONTRE →



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 86 - FAX : 01 53 04 86 87

