



DÉCLARATION D'ACCIDENT Dans les 5 jours

Contrat n° 1841
Contrat n° 116.434.990 (Covea Risks)

Corporel

Matériel

Gagnez du temps. Cette déclaration peut être faite par internet sur le site www.ffjudo.com

PERSONNE BLESSEE

Nom : Date de naissance :

Prénom : Sexe : M F

Adresse :

Code postal : Bureau distributeur : e-mail :

Téléphone : Profession :

Représentant légal (nom et qualité) :

Le blessé a-t-il souscrit une garantie complémentaire SPORTMUT FFJDA : OUI NON

Régime de prévoyance obligatoire :

Le blessé est-il ? Assuré social Travailleur indépendant/ profession libérale Autre

N° Immatriculation..... Nom de l'organisme :

Régime de prévoyance complémentaire : OUI NON

Nom de la mutuelle ou de l'organisme assureur : N° Contrat :

Adresse:

Identification sportive :

N° de licence :

Pratiquant Enseignant Dirigeant Athlète de haut niveau

Grade : Date début de pratique :

Si interruption de la pratique, durée de l'interruption : Date de reprise :

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT *(voir au verso pour les dommages matériels)*

Date de l'accident : Lieu : Département :

Accident corporel

a) Sur les tatamis : entraînement tournoi compétition loisir compétition sportive

nom de la compétition ou du tournoi :

b) Hors tatami : vestiaires/gradins trajets autre

Discipline fédérale pratiquée : autre sport :

Le blessé était-il : TORI UKE mouvement effectué :

Lésions apparentes :

Le blessé a-t-il été hospitalisé : NON OUI Nom de l'établissement :

Précisions complémentaires :

Nom, adresse et téléphone : (1).....

des témoins :

(2).....

PERSONNE EFFECTUANT LA DECLARATION

Nom : Prénom :

Qualité :

Adresse :

Code postal : Bureau distributeur :

Téléphone : E-mail :

A REMPLIR PAR LE CLUB

Nom / Adresse et N° du club : Cachet du club et signatures obligatoires :
.....

Nom / Adresse du responsable :

Qualité :

PIECES A JOINDRE

DANS TOUS LES CAS :

- **Un certificat médical établi par le médecin consulté le jour de l'accident. Ce document est à adresser à MDS CONSEIL sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle des Sportifs et devra comporter les mentions suivantes :**

- = > Date de l'examen médical
- = > Nature et siège des blessures
- = > Durée de l'arrêt de travail s'il y a lieu
- = > Date de l'accident
- = > Durée de l'incapacité sportive minimum

- **Photocopie recto/verso de la licence**
- **Et/ou une constatation des dégâts matériels ainsi que la réclamation du propriétaire des biens (ou de son assureur) accompagné d'un devis précisant le montant de frais de réparation à effectuer**

Pour toute demande de prestations : justificatifs des frais médicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation, de transport, restant à la charge du blessé après remboursement de la Sécurité Sociale et de sa Mutuelle Complémentaire ou tout autre régime de prévoyance (les originaux des bordereaux de remboursement sont à joindre) ;

En cas de décès : Certificat médical (à adresser sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle des Sportifs) indiquant la cause du décès, coordonnées du Notaire chargé de la succession, copie du procès verbal de gendarmerie ou du rapport de police.

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT EN CAS DE DOMMAGES MATERIELS

Relater les circonstances de l'accident avec le plus de précisions possibles :

Nom et adresse des témoins :

**DECLARATION D'ACCIDENT À ADRESSER DANS 5 JOURS A
MDS CONSEIL**

**43 rue Scheffer – 75016 PARIS
Tel 01 53 04 86 61 / Fax 01 53 04 86 10
Email : contact@mdsconseil.fr**