



# Document Assurance des Licenciés

On entend par « adhérent » tout pratiquant sportif bénéficiant de par sa licence (\*) :

- D'une assurance Responsabilité Civile & Défense Pénale – Recours (article L321-1 du Code du Sport),
- D'une assurance « accidents corporels », s'il n'a pas refusé d'y souscrire.

(\*) *Licence annuelle,  
Carte « accueil et découverte » : 4 mois,  
Carte « Initiative Populaire » (3 jours maximum)*

### ACTIVITES SPORTIVES :

Sont assurées les activités sportives organisées par la Fédération Sportive et Gymnique du Travail ou ses clubs affiliés.

Le contrat s'applique également lors de la pratique à titre individuel des activités.

Sont toutefois exclues au titre de la Responsabilité Civile, les activités visées ci-après :

- Sports aériens,
- Manifestations taurines,
- Jeux de type « Intervilles »,
- Aérostats et montgolfières,
- Sports comportant l'usage de véhicules terrestres à moteur,
- Utilisation de voiliers d'une longueur supérieure à 5,05 mètres, ou équipée d'un moteur de plus de 30 CV et d'une longueur supérieure à 12 mètres,
- Saut à l'élastique,
- Les dommages causés par les armes de toute nature,
- Sport pratiqué à titre professionnel.

### ACTIVITES EXTRA SPORTIVES :

Est garantie également la participation à des activités extra sportives exercées à titre récréatif sous les réserves et conditions suivantes :

Participation à des manifestations festives à caractère privé telles que fêtes, bals, kermesses, repas, sorties, et seulement dans le cas où ces activités sont organisées par la Fédération, ses Comités, Associations, Clubs ou organismes affiliés.

**Sont également garanties les déplacements nécessités par les activités visées ci-dessus.**

## I) RESPONSABILITE CIVILE (\*) Contrat n° 147 204 577

(\*) Extrait des assurances souscrites par l'intermédiaire de WILLIS TOWER WATSON France, **auprès de MMA IARD - Contrat n° 147 204 577**

Assurances Mutuelles Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes – RCS Le Mans 775 652 126 MMA IARD Société anonyme au capital de 537 052 368 euros – RCS Le Mans 440 048 882 Sièges sociaux : 14 Boulevard Marie et Alexandre Oyon 72030 Le Mans CEDEX 9 – Entreprises régies par le Code des Assurances

### 1 / DEFINITION DE L'ASSURE

- La Fédération sportive gymnique du travail,
- les clubs affiliés,
- les préposés et dirigeants des personnes morales ci-dessus,
- les licenciés,
- les animateurs, entraîneurs, arbitres, juges, bénévoles,
- les professionnels de santé mandatés par l'assuré,

Les assurés seront tiers entre eux.

### 2 / MONTANTS DES GARANTIES

GARANTIES	MONTANTS PAR SINISTRE	FRANCHISE
Tous dommages confondus	30 000 000 € par sinistre	
Dont :		
□ dommages corporels et Immatériels consécutifs	30 000 000 € par sinistre	Néant
□ dommages Matériels et Immatériels consécutifs	15 000 000 € par sinistre	Néant
□ dommages Immatériels non consécutifs	1 000 000 € par sinistre et par année d'assurance	1500 €
□ Dommages matériels subis par les biens meubles ou immeubles confiés, loués ou empruntés	150 000 € par sinistre	250 €

## II) INDIVIDUELLE ACCIDENT (\*\*) *Accord collectif n° 1249*

### **(\*\*) Garanties souscrites auprès de la Mutuelle des Sportifs (MDS) - Accord collectif n° 1249**

MUTUELLE DES SPORTIFS - 2-4 rue Louis David – 75782 Paris Cedex 16 / Mutuelle régie par le Code de la Mutualité et soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité - Mutuelle immatriculée au Répertoire Sirène sous le n° siren 422 801 910

#### **1 / REPRESENTATION A LA MDS**

Les membres de la F.S.G.T. bénéficiant des garanties Individuelle Accident deviennent membres participants de la M.D.S.

Conformément aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité et des articles 10 et 12 des statuts susvisés, leur représentation à l'assemblée générale de la M.D.S. est organisée comme suit :

- la Fédération constitue une section de vote qui doit élire un délégué et un délégué suppléant à l'assemblée générale de la M.D.S.,
- la M.D.S. prend acte du processus démocratique et réglementé des élections organisées au sein de la Fédération et reconnaît comme légitime l'élection des délégués par les membres du comité directeur.

#### **2 / MONTANTS DE GARANTIE**

L'accident ouvrant droit aux garanties Individuelle Accident prévues à l'Accord collectif n° 1249 est défini comme toute atteinte corporelle décelable non intentionnelle de la part de l'assuré ou du bénéficiaire provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

<u>FRAIS DE SOINS DE SANTE</u>	<u>MONTANTS GARANTIS</u>
- Frais médicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation, chirurgicaux	<b>200 % base de remboursement Sécurité Sociale</b> <i>(en complément du régime de prévoyance)</i>
- Forfait journalier hospitalier	<b>100 %</b>
- Frais de prothèses dentaires	<b>500 € par dent (maximum 4 dents)</b>
- Bris de lunettes ou de lentilles	<b>350 € par accident</b>

<b><u>CAPITAL SANTE</u></b>	<b><u>MONTANTS GARANTIS</u></b>
<p><b>AU-DELA DES PRESTATIONS DEFINIES CI-DESSUS, L'ASSURE BENEFICIE D'UN CAPITAL SANTE DISPONIBLE EN TOTALITE A CHAQUE ACCIDENT. L'ASSURE POURRA DISPOSER DE CE CAPITAL POUR LE REMBOURSEMENT, APRES INTERVENTION DE SES REGIMES DE PREVOYANCE OBLIGATOIRE ET COMPLEMENTAIRE, ET SUR JUSTIFICATIFS, DE TOUTES LES DEPENSES SUIVANTES (SOUS RESERVE QU'ELLES SOIENT PRESCRITES MEDICALEMENT) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• dépassements d'honoraires médicaux ou chirurgicaux,</li> <li>• prestations hors nomenclature ou non remboursables par la Sécurité Sociale,</li> <li>• en cas d'hospitalisation : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ majoration pour chambre particulière dans la limite des frais réels (les suppléments divers de confort personnel : téléphone, télévision, etc... ne sont pas pris en compte),</li> <li>○ coût d'un parent accompagnant si le blessé est mineur,</li> <li>○ à concurrence de 15,24 € par jour,</li> </ul> </li> <li>• frais de transport des accidentés pour se rendre de leur domicile au lieu de leurs activités scolaires, universitaires, professionnelles, dans la limite de 0,25 € par km,</li> <li>• frais de remise à niveau scolaire pour les enfants accidentés mineurs à concurrence de 15,24 € par jour et 762,25 € maximum.</li> </ul>	<p><b>MONTANT GLOBAL MAXIMAL PAR ACCIDENT :</b></p> <p><b>2 000 €</b></p> <p><b>Si ce CAPITAL SANTE a été entamé ou épuisé à l'occasion d'un premier accident, il se reconstitue en cas d'accident ultérieur.</b></p>

<b><u>FRAIS DE PREMIER TRANSPORT</u></b>	<b><u>FRAIS REELS</u></b>
<b>Transport du lieu de l'accident à l'établissement hospitalier le plus proche susceptible de donner les premiers soins</b>	

<b><u>CAPITAUX INVALIDITE ET DECES</u></b>	
<p><b><u>DECES (*)</u></b></p> <p><b>Si l'assuré est majeur ou mineur émancipé</b></p> <p>..... <b>Si l'assuré est mineur non émancipé</b></p> <p>.....</p> <p><b>En cas de mort subite <u>et</u> si l'assuré est titulaire d'une carte temporaire (CIP ou 4 mois)</b></p>	<p><b>20.000 € (majoré de 10% par enfant à charge**) 5 000 €</b></p> <p><b>Garantie limitée aux frais d'obsèques (maximum : 4.500 €)</b></p>
<b><u>INVALIDITE</u> (voir tableau ci-après)</b>	<b>90 000 € (pour 100% d'IPP)</b>

(\*) En l'absence de stipulation expresse contraire de l'assuré, le capital décès est versé au conjoint non divorcé, non séparé de corps par jugement, à défaut par parts égales aux enfants nés ou à naître, à défaut au concubin notoire, à défaut aux héritiers légaux, à défaut au Fonds National de Solidarité et d'Actions Mutualistes.

(\*\*) Les enfants de l'assuré ou de son conjoint lorsqu'ils sont mineurs ou majeurs de moins de 25 ans s'ils poursuivent leurs études et sont rattachés au foyer fiscal de l'assuré ou, quel que soit leur âge, s'ils sont titulaires d'un titre leur reconnaissant un taux d'invalidité au moins égal à 80 %.

### 3 / EXCLUSIONS

Sont exclus des garanties :

- les accidents qui sont le fait volontaire de l'assuré ou du bénéficiaire en cas de décès,
- les suicides volontaires et conscients ou tentatives de suicide,
- les accidents occasionnés par guerre civile ou étrangère, insurrection, émeute, complot, mouvement populaire auxquels l'adhérent a pris une part active,
- les accidents qui résultent de la participation de l'adhérent à des rixes, sauf en cas de légitime défense, - les suites d'accidents, d'infirmité ou de maladies dont la survenance est antérieure à la date d'adhésion de l'assuré, - les accidents résultant de l'usage d'alcool, de drogues ou de stupéfiants par l'assuré,
- les accidents résultant des effets directs ou indirects d'explosion, d'irradiation, de dégagement de chaleur provenant de la transmutation de noyaux d'atome ou de la radioactivité.

\*\*\*\*\*

**ANNEXE : CAPITAL INVALIDITE DU PAR LA M.D.S.**

<b>TAUX</b>	<b>CAPITAUX EN EUROS</b>	<b>TAUX</b>	<b>CAPITAUX EN EUROS</b>
100 %	90 000 €	50 %	22 500 €
99 %	89 100 €	49 %	22 050 €
98 %	88 200 €	48 %	21 600 €
97 %	87 300 €	47 %	21 150 €
96 %	86 400 €	46 %	20 700 €
95 %	85 500 €	45 %	20 250 €
94 %	84 600 €	44 %	19 800 €
93 %	83 700 €	43 %	19 350 €
92 %	82 800 €	42 %	18 900 €
91 %	81 900 €	41 %	18 450 €
90 %	81 000 €	40 %	18 000 €
89 %	80 100 €	39 %	17 550 €
88 %	79 200 €	38 %	17 100 €
87 %	78 300 €	37 %	16 650 €
86 %	77 400 €	36 %	16 200 €
85 %	76 500 €	35 %	15 750 €
84 %	75 600 €	34 %	15 300 €
83 %	74 700 €	33 %	5 940 €
82 %	73 800 €	32 %	5 760 €
81 %	72 900 €	31 %	5 580 €
80 %	72 000 €	30 %	5 400 €
79 %	71 100 €	29 %	5 220 €
78 %	70 200 €	28 %	5 040 €
77 %	69 300 €	27 %	4 860 €
76 %	68 400 €	26 %	4 680 €
75 %	67 500 €	25 %	4 500 €
74 %	66 600 €	24 %	4 320 €
73 %	65 700 €	23 %	4 140 €
72 %	64 800 €	22 %	3 960 €
71 %	63 900 €	21 %	3 780 €
70 %	63 000 €	20 %	3 600 €
69 %	62 100 €	19 %	3 420 €
68 %	61 200 €	18 %	3 240 €
67 %	60 300 €	17 %	3 060 €
66 %	59 400 €	16 %	2 880 €
65 %	58 500 €	15 %	2 700 €
64 %	57 600 €	14 %	2 520 €
63 %	56 700 €	13 %	2 340 €
62 %	55 800 €	12 %	2 160 €
61 %	54 900 €	11 %	1 980 €
60 %	54 000 €	10 %	1 800 €
59 %	26 550 €	9 %	1 620 €
58 %	26 100 €	8 %	1 440 €
57 %	25 650 €	7 %	1 260 €
56 %	25 200 €	6 %	1 080 €
55 %	24 750 €	5 %	0 €
54 %	24 300 €	4 %	0 €
53 %	23 850 €	3 %	0 €
52 %	23 400 €	2 %	0 €
51 %	22 950 €	1 %	0 €

### III) ASSISTANCE RAPATRIEMENT

<b><u>ASSISTANCE RAPATRIEMENT</u></b> <i>(garanties souscrites auprès de Mutuaide Assistance)</i>	<b><u>DESCRIPTION DES GARANTIES</u></b>	<b><u>OBSERVATIONS</u></b>
<p><b>RAPATRIEMENT MEDICAL EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE GRAVES</b></p> <p>Garantie des frais médicaux et d'hospitalisation en cas de maladie ou d'accident grave survenant à l'étranger</p> <p>Visite d'un proche</p> <p>Retour anticipé</p> <p>Rapatriement de corps</p> <p>Frais de recherche et/ou de secours en mer, lac et rivière, sur terre, en montagne, ...</p> <p>Rapatriement du véhicule</p> <p>Frais de remboursement des remontées mécaniques et cours de ski</p>	<p>Prise en charge du transport de la victime jusqu'à son domicile ou jusqu'à l'hôpital le plus proche de son domicile par le moyen le plus approprié.</p> <p>Remboursement de la partie des frais médicaux non pris en charge par les organismes sociaux ou de prévoyance complémentaire à concurrence de :</p> <p><b>5 335,72 €</b></p> <p>Si hospitalisation supérieure à 10 jours, prise en charge d'un aller/retour (frais de déplacement uniquement) pour un proche.</p> <p>Prise en charge du retour prématuré de l'assuré en cas de décès de son conjoint, concubin ou d'un ascendant ou descendant au premier degré.</p> <p>En cas de décès de l'assuré, prise en charge du transport du rapatriement du corps jusqu'au lieu d'inhumation en France métropolitaine.</p> <p>Remboursement des frais de recherche et/ou de secours non pris en charge par les organismes publics de secours A concurrence de <b>30 000 €</b></p> <p>Envoi sur place d'un chauffeur de remplacement pour ramener le véhicule utilisé jusqu'au domicile</p> <p><b>16 € par jour et par assuré dans la limite de 7 jours</b></p>	<p>Seules les exigences d'ordre médical sont prises en considération pour arrêter le choix du moyen de transport et du lieu d'hospitalisation.</p> <p>Exclusions particulières : - frais médicaux en France, - prothèses &amp; appareillages, - cures thermales, rééducations.</p> <p>Franchise : 15,24 € par dossier</p> <p>Pas de durée d'hospitalisation minimale pour un enfant mineur</p> <p>Uniquement si l'assuré est à l'étranger</p> <p>Frais de cercueil à concurrence de <b>457,35 €</b></p> <p>Exclusions du saut à l'élastique et de la pratique professionnelle de toutes activités sportives</p> <p>Paiement à compter du lendemain de l'accident</p>

**SONT NOTAMMENT EXCLUS ET DANS TOUS LES CAS LES PRESTATIONS QUI N'ONT PAS ETE DEMANDEES ET/OU QUI N'ONT PAS ETE ORGANISEES PAR MUTUAIDE ASSISTANCE OU EN ACCORD AVEC ELLE.**



## **MISE EN OEUVRE DES GARANTIES**

Mutuaide Assistance assure l'organisation des prestations et la couverture des garanties décrites ci-dessus 24 h sur 24 et 7 jours sur 7.

Téléphone 01.45.16.65.70 (International + 33.1.45.16.65.70)

Fax 01.45.16.63.92 (International + 33.1.45.16.63.92)

Mutuaide Assistance ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence et intervient dans la limite des accords donnés par les autorités locales.

### **IV) DISPOSITIONS SPECIFIQUES CONCERNANT LE PARAPENTE**

Les assurés pratiquant le parapente à titre occasionnel et individuel (hors club) du parapente monospace en complément à l'activité régulière d'un sport terrestre pour lequel une licence a été prise auprès de la FSGT, pourront bénéficier des garanties de base « Individuelle Accident & Assistance Rapatriement », moyennant le règlement d'une cotisation spécifique.

Les garanties prennent effet du jour de réception à la FSGT de la demande ci-dessous.

#### **DEMANDE D'ASSURANCE AU TITRE DE LA PRATIQUE DU PARAPENTE**

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Adresse:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Numéro de licence : \_\_\_\_\_

Date de la demande : \_\_\_\_\_

Signature :

La demande doit être adressée au plus tard 15 jours avant la date de l'épreuve ou de la manifestation à la :

**FEDERATION SPORTIVE ET GYMNIQUE DU TRAVAIL**

14 rue Scandicci - 93508 PANTIN CEDEX

Tél : 01 49 42 23 19 - Fax : 01 49 42 23 60

## V) GARANTIES COMPLEMENTAIRES A SOUSCRIRE PAR L'ADHERENT

Les assurés souhaitant bénéficier de garanties élevées et plus étendues que celles définies au contrat de base, peuvent souscrire à titre individuel à des garanties complémentaires Invalidité, Décès, Indemnités Journalières :

- Capital Invalidité jusqu'à 61 000 €
- Capital Décès jusqu'à 31 000 €
- Indemnités Journalières jusqu'à 20 € / jour

(\*) Cf. bulletin de souscription aux garanties complémentaires « SPORTMUT FSGT » ci-après

### SOUSCRIPTION « SPORTMUT FSGT » (\*)

Si l'adhérent a souscrit aux garanties de base INDIVIDUELLE ACCIDENT, il peut adhérer à SPORTMUT FSGT et bénéficier de garanties complémentaires en cas d'incapacité temporaire totale de travail, d'invalidité permanente totale ou partielle ou de décès résultant d'un accident survenu pendant la pratique des activités garanties (telles que définies page 4 du présent document) :

- **UN CAPITAL EN CAS D'INVALIDITE PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE :**
- Le capital choisi est le capital maximal versé en cas d'invalidité égale à 100%. Ce capital est réduit lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 100%. **Aucun capital n'est versé pour un taux d'invalidité inférieur ou égal à 5%.**
- **DES INDEMNITES JOURNALIERES EN CAS D'INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE :** Garantie ne pouvant être souscrite que si l'adhérent exerce une activité professionnelle rémunérée régulière.
- Les indemnités sont versées mensuellement à terme échu, dans la limite de la perte de revenus réelle et du montant de garantie souscrit (sous déduction des indemnités versées par le(s) régime(s) de prévoyance et de celles attribuées au titre de la loi sur la mensualisation et de la convention collective applicable), après une période ininterrompue d'arrêt total de travail appelée période de franchise.
- **La période de franchise, fixée à 30 jours (3 jours en cas d'hospitalisation) n'est pas indemnisée.** La durée d'indemnisation est de 1095 jours.
- **L'indemnité journalière cesse d'être versée à la date de consolidation de l'état de santé.** Il ne peut être choisi un montant de garantie qui ferait bénéficier l'adhérent en arrêt de travail de ressources supérieures à celles dont il dispose en période d'activité.
- Un justificatif de revenus est exigé.
- **UN CAPITAL DECES :** qui sera versé au bénéficiaire désigné.
- **FORMULES ENFANT :** seules les formules marquées d'un astérisque (\*) dans le tableau figurant ci-après peuvent être souscrites pour les mineurs de moins de 12 ans.
- Pour les mineurs âgés de 12 à 18 ans, le bulletin devra être revêtu de la signature de ceux-ci et de celle des parents ou des représentants légaux.

**DATE LIMITE D'ADHESION :** 60<sup>ème</sup> anniversaire

### **MODALITES D'ADHESION :**

Des formules de garanties pré-tarifées sont proposées ci-après

Il suffit de remplir la demande d'adhésion et l'adresser à la M.D.S accompagnée du règlement **(les garanties prenant effet le lendemain de l'envoi à la MDS de la demande d'adhésion accompagnée du règlement de l'option choisie)**. A réception la M.D.S adressera à l'adhérent un certificat d'adhésion accompagné des conditions générales du contrat SPORTMUT et des statuts de la MDS. L'adhérent disposera alors d'un délai de 40 jours pendant lequel il pourra renoncer à son adhésion. Passé ce délai l'adhésion deviendra définitive.

Possibilité de choisir d'autres formules que celles figurant dans le tableau ci-après en contactant la M.D.S.

*MUTUELLE DES SPORTIFS - 2-4 rue Louis David - 75782 PARIS Cedex 16*

*Mutuelle régie par le Code de la Mutualité et soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité - Mutuelle  
immatriculée au Répertoire Sirène sous le n° siren 422 801 910*

## DEMANDE DE SOUSCRIPTION AUX GARANTIES COMPLEMENTAIRES SPORTMUT FSGT »

A retourner à la Mutuelle des Sportifs accompagnée du règlement correspondant à l'option choisie 2 - 4, rue Louis David - 75782 PARIS Cedex 16

Je soussigné(e) atteste avoir :

- reçu et pris connaissance de la notice d'information des garanties Individuelle Accident - souscrit aux garanties de base Individuelle Accident
- reçu et pris connaissance de la notice d'information relative aux garanties complémentaires SPORTMUT FSGT

J'ai décidé :

- ☐ de souscrire aux garanties complémentaires SPORTMUT FSGT
- ☐ de ne pas souscrire aux garanties complémentaires SPORTMUT FSGT

Cocher l'option choisie	Capital Décès	Capital Invalidité (pour 100% d'IPP)	Indemnités Journalières	Cotisation Annuelle TTC
<input type="checkbox"/> *	-	31 000 €	-	24,00 €
<input type="checkbox"/>	15 500 €	31 000 €	-	32,70 €
<input type="checkbox"/>	15 500 €	-	10 €/Jour	34,40 €
<input type="checkbox"/>	15 500 €	31 000 €	10 €/Jour	55,20 €
<input type="checkbox"/> *	-	61 000 €	-	45,80 €
<input type="checkbox"/>	31 000 €	61 000 €	-	62,20 €
<input type="checkbox"/>	31 000 €	-	20 €/Jour	65,60 €
<input type="checkbox"/>	31 000 €	61 000 €	20 €/Jour	107,10 €

(\*) Options réservées aux mineurs âgés de moins de 12 ans

Désignation du bénéficiaire en cas de décès de l'assuré :

- ☐ mon conjoint non divorcé, non séparé de corps par jugement, à défaut par parts égales mes enfants nés ou à naître, à défaut mes héritiers légaux.

☐ Autres dispositions : \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Prénoms \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

Code Postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ Profession \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature

Chèque joint d'un montant de \_\_\_\_\_ €

***Il est rappelé que les garanties prennent effet le lendemain de l'envoi à la MDS de la présente demande accompagnée du règlement correspondant à l'option choisie***



**GROUPE MDS**  
Mutuelle des Sportifs

## MUTUELLE DES SPORTIFS

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



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

(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 (\*)

NOM ET ADRESSE DU CLUB (\*) : \_\_\_\_\_

ADRESSE DU CORRESPONDANT (\*) : \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE : \_\_\_\_\_

CODE POSTAL : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_

CE CLUB EST-IL AFFILIÉ AUPRÈS (\*) - D'UNE LIGUE ☐ OUI ☐ NON (si oui préciser laquelle) : \_\_\_\_\_

- D'UNE FÉDÉRATION ☐ OUI ☐ NON (si oui préciser laquelle) : \_\_\_\_\_

(joindre impérativement copie de la licence en cours)

CE CLUB EST-IL ADHÉRENT DIRECT DE LA MUTUELLE (\*) (si oui indiquer le N° de contrat) \_\_\_\_\_

☐ OUI ☐ NON

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 : \_\_\_\_\_

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 ☐ de district ☐ autre cas (à préciser) : \_\_\_\_\_ ☐ autre

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

LIEU ET DÉPARTEMENT DE L'ACCIDENT (\*) : \_\_\_\_\_

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

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

SUITE CI-CONTRE →

CIRCONSTANCES EXACTES DE L'ACCIDENT (\*) : \_\_\_\_\_

NOM DE LA COMPÉTITION ET DES CLUBS EN PRÉSENCE (\*) : \_\_\_\_\_

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, 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.

EN CAS DE BRIS DE LUNETTES OU DE PERTE DE LENTILLES, IL CONVIENDRA DE JOINDRE LA CONFIRMATION MÉDICALE DU PORT OBLIGATOIRE DES LUNETTES OU LENTILLES PENDANT LES ACTIVITÉS SPORTIVES.

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 : N° \_\_\_\_\_ Rue \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ CODE POSTAL \_\_\_\_\_

Bureau distributeur : \_\_\_\_\_ N° TÉLÉPHONE : \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature du Blessé :

Signature du correspondant  
et cachet du club :

En cas d'assistance, téléphonez à :  
**M.D.S. ASSISTANCE : 01 45 16 65 70**  
**(International : +33 1 45 16 65 70)**

(\*) A remplir obligatoirement.