



DÉCLARATION D'ACCIDENT
A ADRESSER A LA MUTUELLE DES SPORTIFS
DANS LES 5 JOURS DE SA SURVENANCE

Établie par l'adhérent(e), elle doit être accompagnée d'un certificat médical et être expressément envoyée sous pli cacheté à l'attention du Médecin Conseil de la **MUTUELLE DES SPORTIFS**, à l'adresse suivante :
2/4, rue Louis David, 75782 PARIS cedex 16

ETABLISSEMENT SCOLAIRE OU UNIVERSITAIRE D'APPARTENANCE DU BLESSE :

Nom et adresse : _____

Téléphone : _____ Mail : _____

NOM ET PRÉNOM DU BLESSE : _____

ADRESSE : N° _____ **RUE** _____

VILLE _____ **CODE POSTAL** _____

DATE DE NAISSANCE : _____ **NUMERO TELEPHONE :** _____

ADRESSE EMAIL : _____

RÉGIME DE PRÉVOYANCE :

Le blessé est-il : ASSURÉ SOCIAL N° d'immatriculation : _____

AUTRE : _____

NON ASSURÉ SOCIAL préciser la raison : _____

RÉGIME DE PRÉVOYANCE COMPLEMENTAIRE : OUI NON

Nom de cette mutuelle ou organisme assureur : _____

N° de contrat : _____ Adresse : _____

L'ACCIDENT S'EST PRODUIT AU COURS : d'une compétition d'un entraînement d'un trajet

autre cas (à préciser) : _____

SPORT OU ACTIVITE PRATIQUE(EE) AU MOMENT DE L'ACCIDENT : _____

DATE DE L'ACCIDENT : _____ **HEURE :** _____

LIEU EXACT DE SURVENANCE DE L'ACCIDENT : _____

SEXE DU BLESSE : 1 (1 = MASCULIN - 2 = FEMININ)

