GROUPE MDS

MDS Conseil

LIGUE MÉDITERRANÉE FFF

La Mutuelle des Sportifs :

L'assurance pour les clubs et licenciés

L'ASSURANCE PAR LA MUTUELLE DES SPORTIFS

Qui en bénéficie ?

Tous les licenciés de la Ligue

+

Les non licenciés définis comme:

- **joueurs à l'essai ***
- **élèves des écoles de football ****
- **invités et bénévoles non licenciés ***

** Encadrement strict*
*** Liste à communiquer au référent MDS de la Ligue*

LA MUTUELLE DES SPORTIFS ET LA MMA

Comment ?

Les produits d'assurance

Individuelle Accident (N°98017)

Responsabilité Civile / Défense pénale et recours

Les garanties IA par la MDS

- Santé

(Remboursement des frais de soins de santé relatifs à un accident garanti après intervention du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie et de tout régime de complémentaire santé)

- Invalidité

(Indemnisation de séquelles fonctionnelles consécutives à l'accident – franchise de 5%)

- Décès

Les garanties RC MDS Conseil : MMA et AIG

- Assurance responsabilité civile (MMA) (N°127106271)

(Garantie les conséquences pécuniaires des dommages causés à un tiers)

- Assurance défense pénale et recours suite à accident

(Prise en charge des frais de procès devant les juridictions françaises)

- Assurance responsabilité des dirigeants (N°7917849)

(Prise en charge les dommages et intérêts que le dirigeant serait amené à verser dans le cadre de la réparation du préjudice.)

L'ASSURANCE PAR LA MUTUELLE DES SPORTIFS

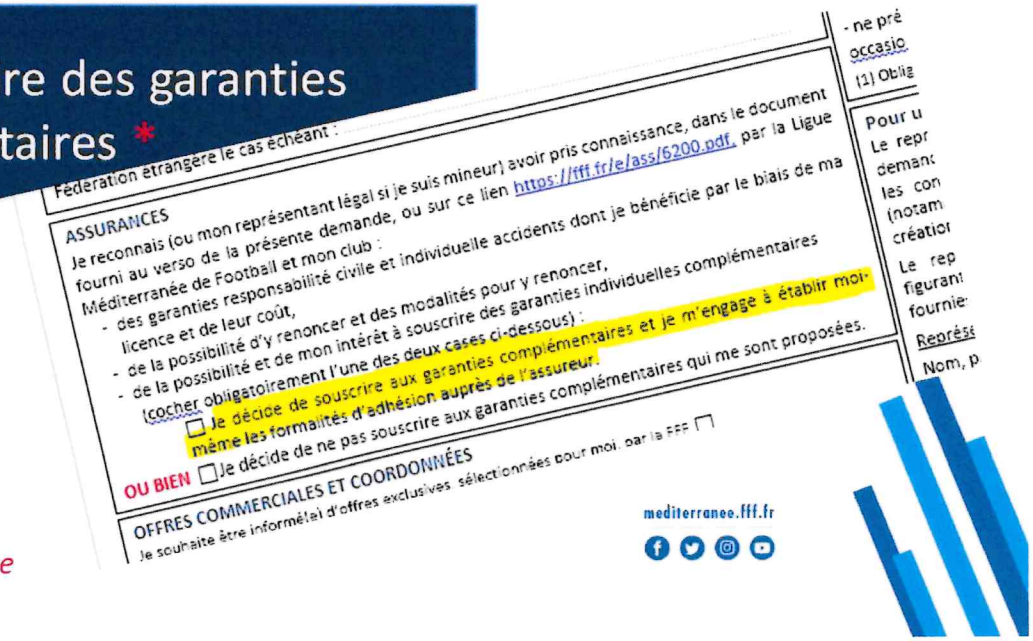
La garantie complémentaire SPORTMUT

L'article L321-4 du Code du Sport impose aux groupements sportifs d'informer leurs licencié(e)s sur l'intérêt de souscrire aux garanties complémentaires.

*Le contrat de base souscrit par la LMF ne garantit pas le versement **d'indemnités journalières** en cas d'arrêt de travail.*

Travailleurs

Important de souscrire des garanties complémentaires *


Fédération étrangère le cas échéant :

ASSURANCES

Je reconnais (ou mon représentant légal si je suis mineur) avoir pris connaissance, dans le document fourni au verso de la présente demande, ou sur ce lien https://fff.fr/e/ass/6200.pdf, par la Ligue Méditerranée de Football et mon club :

- des garanties responsabilité civile et individuelle accidents dont je bénéficie par le biais de ma licence et de leur coût,
- de la possibilité d'y renoncer et des modalités pour y renoncer,
- de la possibilité et de mon intérêt à souscrire des garanties individuelles complémentaires

(cocher obligatoirement l'une des deux cases ci-dessous) :

☐ Je décide de souscrire aux garanties complémentaires et je m'engage à établir moi-même les formalités d'adhésion auprès de l'assureur.

OU BIEN ☐ Je décide de ne pas souscrire aux garanties complémentaires qui me sont proposées.

OFFRES COMMERCIALES ET COORDONNÉES

Je souhaite être informé(e) d'offres exclusives sélectionnées pour moi, par la FFF ☐

mediterranee.fff.fr

- ne pré
occasio
(1) Oblig

Pour u
Le repr
demant
les con
(notam
créatior
Le rep
figurant
fournie
Représ
Nom, p

** Tarifs indiqués au dos du bordereau de demande de licence*

L'ASSURANCE PAR LA MUTUELLE DES SPORTIFS

La déclaration d'accident

En ligne :

Mutuelle-des-sportifs.com
« Déclaration d'Accident »

En version Papier :

1. Télécharger le document vierge sur le Site LMF, Rubrique Clubs, Assurances
2. Envoyer à la LMF ou au siège de la MDS

Joindre à la déclaration d'accident :

- La licence valable au moment du sinistre
- Un certificat médical précisant le siège et la nature de la blessure

L'ASSURANCE PAR LA MUTUELLE DES SPORTIFS

La déclaration d'accident

GROUPE MDS
Mutuelle des Sportifs

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 le 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 AFFILIE AUPRES (*) - 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 BENEFICIAIRE DE GARANTIES COMPLEMENTAIRES 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 _____

REGIME DE PRÉVOYANCE OBLIGATOIRE (*) :

Le blessé est-il : ASSURÉ SOCIAL ☐ TRAVAILLEUR INDEPENDANT OU COMMERÇANT ☐

AUTRE ☐ _____ N° d'immatriculation _____

NON ASSURÉ SOCIAL ☐ (préciser la raison) _____

REGIME DE PRÉVOYANCE COMPLEMENTAIRE (*) : ☐ 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 match ☐ d'un entraînement ☐ d'une compétition ☐ de ligue ☐ de district ☐ autre

☐ autre cas (à préciser) : _____

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

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

SEXE DU BLESSÉ ___ (1 = MASCULIN - 2 = FEMININ) **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 ETABLI PAR LE MEDECIN CONSULTE 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 :
MONDIAL ASSISTANCE : 01 42 99 08 72
(International : +33 1 42 99 08 72)

MUTUELLE DES SPORTIFS - 2-4, rue Louis David 75782 Paris Cedex 16 - ☎ 01 53 04 86 20 🖷 01 53 04 86 87

(*) A remplir obligatoirement

mediterranee.fff.fr

Pour tout renseignement :

01.53.04.86.20

prestations@grpmds.com