



Votre

# déclaration d'accident

Individuelle accident corporel

N° de contrat : 262938/C



Cette déclaration doit être faite par internet directement sur le site de la fédération ou transmise par mail à l'adresse : [decla-ffjda@smacl.fr](mailto:decla-ffjda@smacl.fr)

## PIÈCES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT

Un certificat médical établi par le médecin consulté le jour de l'accident. Ce document est à adresser à SMACL Assurances sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil et devra comporter les mentions suivantes :

- date de l'examen médical
- date de l'accident
- nature et siège des blessures
- durée de l'incapacité sportive totale minimum
- durée de l'arrêt de travail s'il y a lieu

**En cas de décès :**

- certificat de décès indiquant la cause du décès (à adresser sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil),
- copie du procès verbal de gendarmerie ou du rapport de police.

## CLUB OU ORGANISME TERRITORIAL DÉLÉGATAIRE

Nom du club :	N° d'affiliation :
Nom du déclarant :	Qualité :
Adresse du déclarant :	
Code postal :	Ville :
Téléphone :	E-mail :

## PERSONNE BLESSÉE

Nom de naissance :	Date de naissance :
Prénom :	Sexe : M F
Adresse :	
Code postal :	Ville :
Téléphone :	E-mail :
Profession :	
Le cas échéant : Représentant légal (Nom de naissance, prénom et qualité) :	

## PROTECTION SOCIALE

Êtes-vous affilié(e) à un régime d'assurance maladie :	Oui	Non	
N° d'immatriculation :			
Nom et adresse de la caisse :			
L'accident a-t-il été déclaré à votre caisse :	Oui	Non	
Avez-vous souscrit une complémentaire santé (ou mutuelle santé) ?	Oui	Non	N° d'affiliation :
Nom et adresse de l'organisme :			
L'accident a-t-il été déclaré à cet organisme complémentaire :	Oui	Non	
Le blessé a-t-il souscrit la garantie individuelle accident complémentaire ?	Oui	Non	

## IDENTIFICATION SPORTIVE (DONNÉES OBLIGATOIRES)

N° de licence :				
Le blessé est :	1 - Pratiquant	Pratiquant pôle/structure	Enseignant bénévole	Dirigeant
	2 - Sportif de haut niveau	Ceinture de couleur	Ceinture noire	

## CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT CORPOREL (DONNÉES OBLIGATOIRES)

Date de l'accident :	Heure :		
Nom de la manifestation :			
Ville :	Département :		
<b>SIÈGE DE LA BLESSURE</b>			
Abdomen	Crâne, face, cou et système nerveux	Dent(s), mâchoire	Oeil
Membre inférieur et coccyx/sacrum	Membre supérieur et épaule/clavicule	Doigt(s), main(s), poignet(s)	
Dos, rachis et moëlle épinière	Thorax	Appareil génito-urinaire	
<b>A. Sur le tatami</b>			
Entraînement	Animation loisirs	Compétition sportive	Passage de grade ceinture noire (SHIAI)
Passage de grade ceinture noire (KATA)			
<b>B. Hors tatami</b>			
Vestiaires	Autre :		

<b>Discipline pratiquée</b>						
Judo	Jujitsu	Taïso	Kendo et disciplines rattachées	Kyudo	Sumo	Jiu-jitsu brésilien
<b>Le blessé est</b>	<b>TORI</b>	<b>UKE</b>	<b>Pratiquant seul</b>			

<b>Technique à l'origine de la blessure (DONNÉES OBLIGATOIRES)</b>					
Technique à l'origine de la blessure effectuée par <b>TORI</b> ou <b>UKE</b>					
<b>1 / JUDO (technique pratiquée entraînant la blessure)</b>					
<b>Projection :</b>	Projection avant	Projection arrière	Projection latérale		
<b>Prise :</b>	Immobilisation	Strangulation	Clé de bras	Autre	
<b>2 / JUJITSU</b>	Atemi	Projection	Clé	Strangulation	Autre :
<b>3 / KENDO ET DISCIPLINES RATTACHÉES</b>					
Circonstances :					
<b>4 / TAISO, KYUDO OU SUMO</b>					
	Taïso	Kyudo	Sumo		
Circonstances :					
<b>5/ AUTRES ACTIVITÉS PRATIQUÉES</b>					
Circonstances :					

Autres précisions sur les circonstances de l'accident :
---------------------------------------------------------

Fait à	Le	Nom du déclarant :
Signature du déclarant :		Cachet du club :
		<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px; margin: 0 auto;"></div>

**J'accepte que des données médicales me concernant soient collectées et traitées par SMACL Assurances pour les stricts besoins liés à la gestion de mon dossier et qu'elles soient communiquées à tout médecin, avocat, expert ou autre organisme intervenant au dossier ou dont l'avis est sollicité dans l'exercice de mon recours.** Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment, mais nous ne serons alors plus en mesure de traiter votre demande d'indemnisation si des données médicales sont nécessaires.

**Vos données personnelles :** SMACL Assurances et SMACL Assurances SA, en qualité de responsables conjoints du traitement, recueillent et utilisent vos données personnelles pour la gestion de votre dossier d'indemnisation ou de votre recours. Vos données peuvent également être traitées dans le cadre de nos obligations en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et dans le cadre du dispositif de lutte contre la fraude mis en œuvre dans l'intérêt légitime de SMACL Assurances, de SMACL Assurances SA et de leurs assurés. Pour plus d'informations sur l'utilisation de vos données ou l'exercice de vos droits (accès, rectification, opposition, etc.), consultez notre espace dédié « Données personnelles » sur notre site internet ([www.smacl.fr/donnees-personnelles](http://www.smacl.fr/donnees-personnelles)) ou contactez le Délégué à la protection des données : [protectiondesdonnees@smacl.fr](mailto:protectiondesdonnees@smacl.fr)

**05 49 32 56 56** (prix d'un appel local)

**SMACL ASSURANCES** - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes régie par le Code des assurances.  
RCS Niort n° 301 309 605. Siège social : 141, avenue Salvador-Allende - CS 20000 - 79031 NIORT CEDEX 9.



08/2024 - Conception : Direction développement et communication SMACL Assurances.

