



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 : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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 : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
N° d'immatriculation : .....
Nom et adresse de la caisse : .....
L'accident a-t-il été déclaré à votre caisse : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous souscrit une complémentaire santé (ou mutuelle santé) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
N° d'affiliation : .....
Nom et adresse de l'organisme : .....
L'accident a-t-il été déclaré à cet organisme complémentaire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le blessé a-t-il souscrit la garantie individuelle accident complémentaire ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

## IDENTIFICATION SPORTIVE (DONNÉES OBLIGATOIRES)

N° de licence : .....
Le blessé est : 1 - <input type="checkbox"/> Pratiquant <input type="checkbox"/> Pratiquant pôle/structure <input type="checkbox"/> Enseignant bénévole <input type="checkbox"/> Dirigeant
2 - <input type="checkbox"/> Sportif de haut niveau <input type="checkbox"/> Ceinture de couleur <input type="checkbox"/> 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>	
<input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Crâne, face ,cou et système nerveux <input type="checkbox"/> Dent(s), mâchoire <input type="checkbox"/> Oeil <input type="checkbox"/> Membre inférieur et coccyx/sacrum <input type="checkbox"/> Membre supérieur et épaule/clavicule <input type="checkbox"/> Doigt(s), main(s), poignet(s) <input type="checkbox"/> Dos, rachis et moëlle épinière <input type="checkbox"/> Thorax <input type="checkbox"/> Appareil génito-urinaire	
<b>A/ Sur le tatami</b>	
<input type="checkbox"/> Entraînement <input type="checkbox"/> Animation loisirs <input type="checkbox"/> Compétition sportive <input type="checkbox"/> Passage de grade ceinture noire (SHIAI) <input type="checkbox"/> Passage de grade ceinture noire (KATA)	
<b>B/ Hors tatami</b>	
<input type="checkbox"/> Vestiaires	<input type="checkbox"/> Autre : .....
<b>Discipline pratiquée</b>	
<input type="checkbox"/> Judo <input type="checkbox"/> Jujitsu <input type="checkbox"/> Taïso <input type="checkbox"/> Kendo et disciplines rattachées <input type="checkbox"/> Kyudo <input type="checkbox"/> Sumo <input type="checkbox"/> Jiu-jitsu brésilien	
<b>Le blessé est</b> <input type="checkbox"/> TORI <input type="checkbox"/> UKE <input type="checkbox"/> Pratiquant seul	
<b>Technique à l'origine de la blessure (DONNÉES OBLIGATOIRES)</b>	
Technique à l'origine de la blessure effectuée par <input type="checkbox"/> TORI    ou <input type="checkbox"/> UKE	
<b>1 / JUDO (technique pratiquée entraînant la blessure)</b>	
<b>Projection :</b> <input type="checkbox"/> Projection avant <input type="checkbox"/> Projection arrière <input type="checkbox"/> Projection latérale <b>Prise :</b> <input type="checkbox"/> Immobilisation <input type="checkbox"/> Strangulation <input type="checkbox"/> Clé de bras <input type="checkbox"/> Autre	
<b>2 / JUJITSU</b> <input type="checkbox"/> Atemi <input type="checkbox"/> Projection <input type="checkbox"/> Clé <input type="checkbox"/> Strangulation	
<input type="checkbox"/> Autre : .....	
<b>3 / KENDO ET DISCIPLINES RATTACHÉES</b>	
<input type="checkbox"/> Circonstances : .....	
<b>4 / TAISO, KYUDO OU SUMO</b> <input type="checkbox"/> Taïso <input type="checkbox"/> Kyudo <input type="checkbox"/> Sumo	
<input type="checkbox"/> Circonstances : .....	
<b>5/ AUTRES ACTIVITÉS PRATIQUÉES</b>	
<input type="checkbox"/> Circonstances : .....	
Autres précisions sur les circonstances de l'accident : .....	
Fait à ....., Le .....	Cachet du club :
Nom et signature du déclarant : .....	

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.



08/2022 - Conception : Direction de la marque et de la communication SMACL Assurances.

