



Votre

déclaration de sinistre

Responsabilité civile

N° de contrat : 262938/C



Cette déclaration doit être faite par Internet directement sur le site de la fédération

LA DÉCLARATION PEUT AUSSI ÊTRE ADRESSÉE À :

- Mail : decla-ffjda@smacl.fr
- Courrier : SMACL Assurances, Direction indemnisations, TSA 67211 - 79060 NIORT CEDEX 9

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 PHYSIQUE BLESSÉE

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| Qualité : <input type="checkbox"/> licencié <input type="checkbox"/> dirigeant <input type="checkbox"/> enseignant <input type="checkbox"/> bénévole <input type="checkbox"/> cadre technique, chargé de mission | | | | |
| <input type="checkbox"/> arbitre, commissaire sportif <input type="checkbox"/> pratiquant non licencié (portes ouvertes, parrainage, JUDO ÉTÉ) | | | | |
| Nom de naissance : | Date de naissance : | | | |
| Prénom : | Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | | |
| N° de licence : | | | | |
| Adresse : | | | | |
| Code postal : | Ville : | | | |
| Téléphone : | E-mail : | | | |
| Profession : | | | | |
| Le cas échéant : Représentant légal (Nom de naissance, prénom et qualité) : | | | | |

VOS AUTRES CONTRATS D'ASSURANCE (à remplir obligatoirement - article L.121-4 du Code des assurances)

Avez-vous souscrit :

• un contrat «Responsabilité civile» Oui Non • un contrat «Assurance habitation» Oui Non • une assurance scolaire Oui Non

Nom de la société d'assurance :

Adresse :

N° de contrat :

CIRCONSTANCES DU SINISTRE

| | |
|---|--|
| Date : | Heure : |
| Ville : | Département : |
| Activité exercée lors de la survenance du sinistre : | |
| Causes et circonstances du sinistre : | |
| A-t-il été établi un constat ? <input type="checkbox"/> Oui (le joindre) <input type="checkbox"/> Non | A-t-il été établi un procès verbal ? <input type="checkbox"/> Oui (le joindre) <input type="checkbox"/> Non Si oui, coordonnées des autorités de police : |

TÉMOIN(S) - Nom de naissance, prénom et adresse :

.....
.....
.....
.....

DOMMAGES**Dommages matériels :** Oui NonDescription :
.....
.....
.....

Montant approximatif des dommages (joindre devis des réparations, factures originales d'achat) :

Dommages corporels : Oui NonDescription (joindre le certificat médical constatant les blessures ; le cas échéant : le bulletin d'hospitalisation et, en cas de décès, le certificat de décès) :
.....
.....
.....**LE SINISTRE IMPLIQUE-T-IL UNE AUTRE PERSONNE (tiers) ?**

Nom, prénom : Le cas échéant, son N° de contrat d'assurance :

Adresse :

Assureur (nom de la compagnie et adresse) :

A-t-il subi des dommages matériels : Oui NonDescription :
.....
.....
.....

Montant approximatif des dommages (joindre devis des réparations, factures originales d'achat) :

A-t-il subi des dommages corporels : Oui NonDescription : (joindre le certificat médical constatant les blessures, le cas échéant : le bulletin d'hospitalisation et, en cas de décès, le certificat de décès).
.....
.....
.....

Fait à, Le

Nom et signature du déclarant :

Cachet du club/ organisme territorial délégataire :

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) ou contactez le Délégué à la protection des données : protectiondesdonnees@smacl.fr

05 49 32 99 28 (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.

