

DÉCLARATION D'ACCIDENT

N° de contrat : 262938/C

INDIVIDUELLE ACCIDENT CORPOREL



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

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.

LE CLUB

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

PERSONNE BLESSÉE

Nom :	Date de naissance :
Prénom :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Adresse :	
Code postal :	Ville :
Téléphone :	E-mail :
Profession :	
Représentant légal (nom 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
Êtes-vous affilié(e) à une caisse de prévoyance complémentaire : <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 la caisse 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

N° de licence :
Le blessé est : <input type="checkbox"/> Praticant <input type="checkbox"/> Enseignant bénévole <input type="checkbox"/> Dirigeant
<input type="checkbox"/> Sportif de haut niveau <input type="checkbox"/> Ceinture de couleur <input type="checkbox"/> Ceinture noire

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT CORPOREL

Date de l'accident :	Heure :
Nom de la manifestation :	
Localité :	Département :
A/ Sur le tatami :	
<input type="checkbox"/> Entraînement <input type="checkbox"/> Tournoi <input type="checkbox"/> Animation loisir <input type="checkbox"/> Compétition sportive <input type="checkbox"/> Passage de ceinture noir	
B/ Hors tatami :	
<input type="checkbox"/> Vestiaires <input type="checkbox"/> Trajet <input type="checkbox"/> Autre :	

Discipline pratiquée :
<input type="checkbox"/> Judo <input type="checkbox"/> Jujitsu <input type="checkbox"/> Taïso <input type="checkbox"/> Kendo et disciplines associées <input type="checkbox"/> Kyudo <input type="checkbox"/> Sumo
Le blessé est <input type="checkbox"/> TORI <input type="checkbox"/> UKE <input type="checkbox"/> Pratiquant seul
Technique à l'origine de la blessure effectuée par : <input type="checkbox"/> TORI ou <input type="checkbox"/> UKE

1 / JUDO
<input type="checkbox"/> Jambe <input type="checkbox"/> Hanche <input type="checkbox"/> Bras <input type="checkbox"/> Épaule <input type="checkbox"/> Sutemi
Projection : <input type="checkbox"/> Avant <input type="checkbox"/> Arrière
<input type="checkbox"/> Immobilisation <input type="checkbox"/> Strangulation <input type="checkbox"/> Clé de bras

2 / JUJITSU
<input type="checkbox"/> Atemi <input type="checkbox"/> Projection <input type="checkbox"/> Clé <input type="checkbox"/> Strangulation
<input type="checkbox"/> Autre :

3 / KENDO ET DISCIPLINES ASSOCIÉES

4 / AUTRES ACTIVITÉS PRATIQUÉES

Date de reprise de l'activité sportive :
--

Autres précisions sur les circonstances de l'accident :

Nom et adresse des témoins
1 ^{er} témoin :
2 ^e témoin :
3 ^e témoin :

Date :	Cachet du club :
Nom et signature du déclarant :	

SMACL Assurances prend toutes précautions utiles pour préserver la confidentialité et la sécurité des données à caractère personnel, et notamment pour empêcher qu'elles soient déformées, endommagées ou que des tiers non autorisés puissent en prendre connaissance. Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le souscripteur ou l'assuré peut exercer ses droits d'accès, de rectification et de suppression sur ses données, en justifiant de son identité et en adressant sa demande par courrier à SMACL Assurances - Correspondant "Informatique et libertés" - 141, avenue Salvador-Allende - CS 20000 - 79031 NIORT CEDEX 9 ou par e-mail à cl@smacl.fr.

