

# 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 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.

### LE CLUB

Nom du club : JUDO JUIJITSU CLUB MELUN	N° d'affiliation : CL770340
Nom du déclarant : DE CRUZ	Qualité : Président
Adresse du déclarant : 2 rue Dajot JUDO	
Code postal : 77000	Ville : MELUN
Téléphone : 07 81 22 20 39	E-mail : melun.judo@laposte.net

### 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
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

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

Date de l'accident :	Heure :
Nom de la manifestation :	
Localité :	Département :

### Siège de la blessure

- 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

### A/ Sur le tatami :

- Entraînement     Animation loisirs     Compétition sportive     Passage de grade ceinture noire (SHIAI)  
 Passage de grade ceinture noire (KATA)

### B/ Hors tatami :

- Vestiaires     Autre :

### Discipline pratiquée :

- Judo     Jujitsu     Taïso     Kendo et disciplines rattachées     Kyudo     Sumo

Le blessé est  TORI     UKE     Pratiquant seul

### Technique à l'origine de la blessure :

Technique à l'origine de la blessure effectuée par :  TORI ou  UKE

#### 1 / JUDO (technique pratiquée entraînant la blessure)

- Projection avant     Projection arrière     Projection latérale  
 Immobilisation     Strangulation     Clé de bras     Autre

#### 2 / JUJITSU

- Atemi     Projection     Clé     Strangulation  
 Autre :

#### 3 / KENDO ET DISCIPLINES RATTACHÉES

Circonstances :

#### 4 / TAISO, KYUDO OU SUMO

- Taïso     Kyudo     Sumo

Circonstances :

#### 5/ AUTRES ACTIVITÉS PRATIQUÉES

Circonstances :

Autres précisions sur les circonstances de l'accident :

**Vos données personnelles :** SMACL Assurances, en qualité de responsable du traitement, recueille et utilise 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 oeuvre dans l'intérêt légitime de SMACL Assurances et de ses sociétés.

Les données médicales vous concernant collectées ci-dessus nous sont nécessaires pour le traitement de votre dossier d'indemnisation ou de votre recours.

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)

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.

Date :	<b>Cachet du club JUDO CLUB DE MELUN</b> 2 RUE DAJOT  15956385000
Nom et signature du déclarant :	
DE CRUZ 	

