



Votre

déclaration d'accident

Individuelle accident corporel



Cette déclaration doit être transmise par mail à l'adresse : indemnisations-corp@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
- durée de l'incapacité sportive totale minimum
- date de l'accident
- durée de l'arrêt de travail s'il y a lieu
- nature et siège des blessures

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.

FÉDÉRATION SOUSCRIPTRICE

FEDERATION FRANCAISE FOOTBALL AMERICAIN

N° de sociétaire : **392387/H**

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			

Le blessé est : 1- Pratiquant Pratiquant pôle/structure Enseignant bénévole Dirigeant
2- Sportif de haut niveau

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT CORPOREL (DONNÉES OBLIGATOIRES)	
Date de l'accident :	Heure :
Nom de la manifestation :	
Ville :	Département :

Heure :

Ville :

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	

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	

Technique à l'origine de la blessure (DONNÉES OBLIGATOIRES)	
SPORT OU ACTIVITÉ PRATiqué AU MOMENT DE L'ACCIDENT	
CIRCONSTANCES EXACTES DE L'ACCIDENT	

CIRCONSTANCES EXACTES DE L'ACCIDENT

Cachet du club :

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.smac1.fr/donnees-personnelles) ou contactez le Délégué à la protection des données : protectiondesdonnees@smac1.fr

