

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
- 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.

FÉDÉRATION SOUSCRIPTRICE

FEDERATION FRANCAISE DE FLOORBALL

N° de sociétaire : 350761/M

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

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT CORPOREL (DONNÉES OBLIGATOIRES)

Date de l'accident : Heure :

Nom de la manifestation :

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

Technique à l'origine de la blessure (DONNÉES OBLIGATOIRES)

SPORT OU ACTIVITÉ PRATIQUÉ AU MOMENT DE L'ACCIDENT

CIRCONSTANCES EXACTES DE L'ACCIDENT

Fait à Le Nom du déclarant :

Signature du déclarant :

Cachet du club :

☐ **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 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.

05/2024 – Conception : Direction développement et communication SMACL Assurances.
Photo : Freepik