



Votre

# déclaration d'accident

Individuelle accident corporel



Cette déclaration doit être transmise par mail à l'adresse : [indemnisations-corp@smacl.fr](mailto: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

N° de sociétaire :

## 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

