

# DÉCLARATION DE SINISTRE

## RESPONSABILITÉ CIVILE



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

### LA DÉCLARATION PEUT AUSSI ÊTRE ADRESSÉE À :

- > Mail : [decla-ffjda@smacl.fr](mailto:decla-ffjda@smacl.fr)
- > Courrier : SMACL Assurances, Direction indemnisations, TSA 67211 - 79060 NIORT CEDEX 9

### CLUB OU ORGANISME TERRITORIAL DÉLÉGATAIRE

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

### PERSONNE PHYSIQUE BLESSÉE

|  |  |
|--|--|
| Qualité : <input type="checkbox"/> licencié <input type="checkbox"/> dirigeant <input type="checkbox"/> enseignant <input type="checkbox"/> bénévole <input type="checkbox"/> cadre technique, chargé de mission<br><input type="checkbox"/> arbitre, commissaire sportif <input type="checkbox"/> pratiquant non licencié (portes ouvertes, parrainage, JUDO ÉTÉ) |  |
| Nom de naissance :   | Date de naissance :  |
| Prénom :   | Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| N° de licence :  |  |
| Adresse :  |  |
| Code postal :  | Ville :  |
| Téléphone :  | E-mail :   |
| Profession :   |  |
| Le cas échéant : Représentant légal (Nom de naissance, prénom et qualité) :  |  |

### VOS AUTRES CONTRATS D'ASSURANCE (à remplir obligatoirement - article L.121-4 du Code des assurances)

|                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| Avez-vous souscrit :                 |   |
| > un contrat «Responsabilité civile» | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| > un contrat «Assurance habitation»  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| > une assurance scolaire             | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Nom de la société d'assurance :      |   |
| Adresse :                            |   |
| N° de contrat :                      |   |

### CIRCONSTANCES DU SINISTRE

|   |               |
|---|---------------|
| Date :  | Heure :       |
| Ville :   | Département : |
| Activité exercée lors de la survenance du sinistre :  |               |
| Causes et circonstances du sinistre :   |               |
| A-t-il été établi un constat ? <input type="checkbox"/> Oui (le joindre) <input type="checkbox"/> Non |               |

A-t-il été établi un procès verbal ?  Oui (le joindre)  Non

Si oui, coordonnées des autorités de police :

### TÉMOIN(S) - Nom de naissance, prénom et adresse :

### DOMMAGES

**Dommages matériels :**  Oui  Non

Description :

Montant approximatif des dommages (joindre devis des réparations, factures originales d'achat) :

**Dommages corporels :**  Oui  Non

Description (joindre le certificat médical constatant les blessures ; le cas échéant : le bulletin d'hospitalisation et, en cas de décès, le certificat de décès) :

### LE SINISTRE IMPLIQUE-T-IL UNE AUTRE PERSONNE (tiers) ?

Nom, prénom :

Le cas échéant, son N° de contrat d'assurance :

Adresse :

Assureur (nom de la compagnie et adresse) :

A-t-il subi des dommages matériels :  Oui  Non

Description :

Montant approximatif des dommages (joindre devis des réparations, factures originales d'achat) :

A-t-il subi des dommages corporels :  Oui  Non

Description : (joindre le certificat médical constatant les blessures, le cas échéant : le bulletin d'hospitalisation et, en cas de décès, le certificat de décès).

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.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

**Nom et signature  
du déclarant**

**Cachet du club / organisme  
territorial délégataire**

**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 sociétaires. 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)

**Le contrat est assuré par SMACL ASSURANCES** - 141, avenue Salvador-Allende - CS 20000 - 79031 NIORT CEDEX 9  
Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes - régie par le Code des assurances - RCS Niort n° 301 309 605.

