

FFAAA-2022-16-NDI-SIEGE

Annule et remplace FFAAA-2020-195-NDI-SIEGE.

DECLARATION D'ACCIDENT

En cas d'accident, nous vous prions de trouver par la suite la **déclaration d'accident**, qui est à utiliser pour toute demande de prise en charge de frais médicaux auprès de notre assureur.

Nous vous rappelons que cette déclaration doit être envoyée **directement à l'assureur** pour un traitement rapide et efficace. Ses coordonnées figurent sur le formulaire.

Veuillez trouver une **notice d'informations** concernant l'**utilisation de vos données personnelles** par AXA, [en cliquant ici](#).

FICHE D'INFORMATION FÉDÉRALE

En complément, la Commission médicale de la FFAAA a mis en place une **fiche d'information accident corporel**, désormais disponible sous forme d'un **questionnaire anonyme en ligne** : il est transmis directement au médecin fédéral, et a pour but de répertorier avec précision les différents types d'accidents pouvant survenir dans notre pratique, et d'amener à une réflexion sur l'enseignement et les perfectionnements pouvant éventuellement en découler.

Pour accéder au questionnaire en ligne, [veuillez cliquer ici](#).

[En cas de difficulté pour accéder au questionnaire en ligne ou le remplir, merci de contacter directement le médecin fédérale : \[medecin.federal@aikido.com.fr\]\(mailto:medecin.federal@aikido.com.fr\)](#)



réinventons / notre métier



FÉDÉRATION FRANÇAISE D'AÏKIDO
AÏKIBUDO KINOMICHI & DISCIPLINES ASSOCIÉES

Fédération Française d'Aïkido, Aïkibudo et Associées
Déclaration d'accident
AXA France Contrat n° 7636992704

PERSONNE BLESSEE OU PERSONNE RESPONSABLE D'UN DOMMAGE

Nom : _____ Date de naissance : _____
Prénom : _____ Sexe : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____ N° de licence : _____
Profession : _____ Tél : _____
Souhaitez-vous communiquer par mail : oui non
Adresse mail : _____

Catégorie du blessé : Licencié pratiquant Enseignant Juge Dirigeant
Niveau de garantie : Garantie de base Option 1 Option 2
N° affiliation du club : _____ N° Ligue : _____
Nom et adresse du club : _____

REGIMES SOCIAUX DU LICENCIÉ BLESSE

Salarié Travailleur indépendant Etudiant Autres (à préciser)
N° Sécurité Sociale : _____
Mutuelle : oui (nom de la compagnie et n° de contrat) : _____
non

CIRCONSTANCES

Date de l'accident : _____ Lieu de l'accident : _____
Disciplines pratiquées : Aïkido Aïkibudo Associées
L'accident s'est produit au cours :
Entraînement Stage Examen de Grade Examen diplôme d'enseignement
Autres (à préciser)
Indiquer **les faits** avec le plus de précisions possibles, en faisant, si nécessaire, un croquis avec la position exacte du blessé (*sur papier libre*) :

Intervention extérieure (SAMU, Pompiers, Gendarmerie...) : oui non
Hospitalisation : oui non
Nom et adresse des témoins éventuels : _____

Nom et adresse de la victime, en cas de dommages liés à la Responsabilité Civile : _____

PERSONNE EFFECTUANT LA DECLARATION OU TITULAIRE DE L'AUTORITE PARENTALE DE LA PERSONNE BLESSEE

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Adresse email :

Qualité du signataire :

Signature obligatoire :

CADRE RESERVE AU CLUB ORGANISATEUR

Nom du Club :

Adresse du Club :

Qualité du signataire :

Adresse email :

Cachet du club et Signature obligatoires :

IMPORTANT : NE PAS NOUS TRANSMETTRE DIRECTEMENT DE PIECES MEDICALES

En cas de blessures, fournir :

Le formulaire de déclaration, la photocopie licence en cours de validité à la date de l'accident

En cas de Responsabilité Civile, fournir :

Le formulaire de déclaration, la licence du pratiquant responsable, ainsi qu'un devis précisant le montant des réparations à effectuer

En cas de décès, fournir :

Le formulaire de déclaration, la licence du pratiquant

Un email de confirmation de réception de cette déclaration vous sera transmis, accompagné de la liste des éléments complémentaires à adresser directement au Service Sinistre Corporel.

AGENCE AXA NERESTAN 6, Cours Goudouli 31130 Quint-Fonsegrives

05 61 200 500

agence.nerestanquint@axa.fr

AGENCE AXA NERESTAN 331, Avenue Jean Rieux 31500 Toulouse

05 61 25 15 78

agence.nerestan@axa.fr

Jean-Philippe NERESTAN N°Orias 07013491 - Laurent NERESTAN N°Orias 07008987

AXA France IARD. S.A. au capital de 214 799 030 €. 722 057 460 R.C.S. Nanterre. TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460 « **AXA France Vie.** S.A. au capital de 487 725 073,50 €. 310 499 959 R.C.S. Nanterre. TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959 « **AXA Assurances IARD Mutuelle.** Société d'Assurance Mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers Siren 775 699 309. TVA intracommunautaire n° FR 39 775 699 309 « **AXA Assurances Vie Mutuelle.** Société d'Assurance Mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes. Siren 353 457 245. TVA intracommunautaire n° FR 48 353 457 245 « Sièges Sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre cedex « **Entreprises régies par le code des assurances.** Opérations d'assurance exonérées de TVA - ART 261-C CGI - sauf pour les garanties portées par AXA Assistance France Assurances. Sièges sociaux : 313 Terrasses de l'Arche – 92727 NANTERRE CEDEX