

# INFORMATION

## DÉCLARATION D'ACCIDENT

FFAAA-2020-134-NDI-SIEGE

Annule et remplace FFAAA-2019-18-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.

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

### FICHE ACCIDENT DECLARATIVE

En complément, la Commission médicale de la FFAAA a mis en place une **fiche accident déclarative**, désormais disponible sous forme d'un **questionnaire anonyme en ligne** : il 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 remplissant ce questionnaire, celui est **transmis directement au médecin fédéral**.



réinventons / notre métier



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](mailto:agence.nerestanquint@axa.fr)

*AGENCE AXA NERESTAN 331, Avenue Jean Rieux 31500 Toulouse*

*05 61 25 15 78*

[agence.nerestan@axa.fr](mailto: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