

Contrat Groupe CMF

DECLARATION D'ACCIDENT CORPOREL

Police n° VD 7.000.004

Traitement des données personnelles, secret professionnel et médical

(Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016)

Conformément à la législation, nous sommes dans l'obligation de recueillir votre consentement explicite en vue du traitement de vos données personnelles dont vos données de santé.

Ces données seront conservées jusqu'à la prescription de toutes les actions dérivant du sinistre auxquelles elles se rapportent, puis seront effacées.

Nous vous invitons à nous retourner le présent formulaire, dûment complété et signé.

Je soussigné(e),

Nom :

Prénom :

Né(e) le :/...../..... à :

Adresse :

Le cas échéant, titulaire de l'autorité parentale et agissant en qualité de représentant légal de l'enfant mineur :

.....
- Reconnais avoir été informé(e) que les données personnelles recueillies sont nécessaires pour permettre l'appréciation du préjudice, et/ou l'exercice d'un recours subrogatoire (articles L131-2 et L121-12 du Code des Assurances)

- Consens expressément, dans le respect du secret professionnel, à ce que ces données personnelles de santé fassent l'objet d'un traitement et qu'elles soient transmises à d'autres intervenants (médecins, assureurs, avocats, organismes, etc...) concernés par la gestion du dossier de sinistre.

Fait à : Le :/...../.....

(signature précédée de la mention "lu et approuvé")

A défaut d'accord de votre part, nous serons dans l'impossibilité de poursuivre l'instruction de votre dossier et procéderons à son classement sans suite.

Informations :

Pour exercer vos droits d'accès à vos données personnelles, de mise à jour de celles-ci, de rectification, d'opposition, de limitation et de portabilité et plus largement pour toutes difficultés éventuelles en matière de protection des données personnelles, vous pouvez adresser votre demande ou réclamation à : **Délégué à la Protection des Données 63 chemin Antoine PARDON 69814 TASSIN CEDEX.**

En cas de difficulté persistante, vous pouvez ensuite porter votre demande auprès de la **Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) 3 Place de Fontenoy TSA 80715 75334 PARIS CEDEX 07**

Contrat Groupe CMF

DECLARATION D'ACCIDENT CORPOREL

Police n° VD 7.000.004

Renseignements concernant la victime :

| | |
|--------------------------------------|--|
| Nom et prénom : | Age : |
| Nature et importance des blessures : | Victime hospitalisée : Oui : <input type="checkbox"/> Non : <input type="checkbox"/> |
| | Durée : |
| | Adresse victime : |
| | Phone : <input type="text"/> |

Un ou des tiers sont-ils impliqués dans ce sinistre ?

Si oui, (si nombreux renseigner sur un papier libre agrafé à cette déclaration)

Oui : Non :

Nom et prénom :

Adresse :

Tel :

Si assuré, nom et adresse de l'assureur :

N° du contrat d'assurance :

Existe-t-il un lien de parenté, d'alliance, de communauté ou de subordination entre la victime et le tiers?

Oui : Non :

Si oui lequel ?

Dommages matériels (le cas échéant) :

| Objets endommagés de l'assuré : | Age de l'objet | Evaluation approximative du dommage | Objets endommagés du tiers : | Age de l'objet | Evaluation approximative du dommage |
|---------------------------------|----------------|-------------------------------------|------------------------------|----------------|-------------------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

L'ASSURE A-T-IL CONTRACTÉ D'AUTRES ASSURANCES POUVANT INTERVENIR DANS CE SINISTRE ?

(Ex. : scolaire, assurance multirisques habitation, sportive, carte neige, etc.)

Oui : Non :

Si oui nom et coordonnées de cet assureur :

Contrat d'assurance n°

Contrat Groupe CMF

DECLARATION D'ACCIDENT CORPOREL

Police n° VD 7.000.004



Observations particulières :

Je certifie que les déclarations qui précèdent sont sincères et véritables

Nom (assuré) :

A

le

Signature :