

### 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**

**RECOMMANDATION IMPORTANTE** : Renseignez cette déclaration de la manière la plus complète possible ; vous accélérerez ainsi le règlement de ce dossier. Renvoyez-la à : ASSURANCES DE LA CMF, 2 rue de la Cornouaille -44300 NANTES

### L'association adhérente:

Nom :

Matricule CMF :

Adresse :

Numéro d'adhésion :

### L'assuré:

(Joindre la liste des adhérents assurés)

Nom :

☎ privé :

Prénom :

☎ professionnel :

Adresse :

☎ portable :

Mail :

@

L'assuré a-t-il causé un dommage à un tiers ?

Oui :  Non :

*Il convient de vérifier ces données et au besoin de les rectifier ou les compléter.*

### Renseignements concernant l'accident :

Date du sinistre :

Heure :

Lieu :

**Décrivez de la manière la plus complète les circonstances du sinistre**, même s'il y a eu lieu constat de police ou de gendarmerie. Si un plan s'avère utile, utiliser du papier libre àagrafer à la déclaration.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Un rapport de police ou de gendarmerie a-t-il été dressé ? : Oui :  Non :

La victime a-t-elle déposé plainte ? :

Oui :  Non :

Si oui, par quelle autorité ? :

Témoin 1 (nom prénom et coordonnées) :

Témoin 2 (nom prénom et coordonnées) :

*(Si d'autres témoins existent précisez leurs coordonnées sur un papier libre agrafé à cette déclaration.)*

### 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 :
	☎ :

**Un ou des tiers sont-ils impliqués dans ce sinistre ?** Oui :  Non :   
*Si oui, (si nombreux renseigner sur un papier libre agrafé à cette déclaration)*

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 ?

### Dommmages 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 :**