DECLARATION D'ACCIDENT

Pour les Licenciés de la LIGUE DE FOOTBALL DES PAYS DE LA LOIRE
CONTRAT N° AT172883

Vous avez 15 jours pour déclarer vos sinistres en ligne sur notre site assurfoot.fr

NOM ET ADRESSE DU CLUB :.....

Code Postal : ..... **Ville :** .....

N° d'affiliation ligue..... .....

NOM ET ADRESSE DU CORRESPONDANT DU CLUB: .....

Code Postal : .....**Ville :**.....

Adresse mail : .....**Tél :**.....

NOM ET PRENOM DU BLESSE : .....

Date de Naissance : ..... **Profession :** .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... **Ville :** ..... **Tél :** .....

N° de licence : ..... **Adresse email :** .....

Nom et Adresse Employeur : .....

Statut professionnel : .....

Date d'entrée dans l'Entreprise : .....

RÉGIME DE PRÉVOYANCE OBLIGATOIRE :

Le blessé est-il : ASSURÉ SOCIAL ❑

TRAVAILLEUR INDÉPENDANT OU COMMERÇANT ❑

AUTRE ❑ .....

NON ASSURÉ SOCIAL ❑ (préciser la raison).....

RÉGIME DE PRÉVOYANCE COMPLÉMENTAIRE (*) : ❑ OUI ❑ NON

Nom de la mutuelle ou organisme assureur : .....

N° de Contrat : .....

Adresse de la mutuelle ou organisme assureur : .....

.....

L'ACCIDENT S'EST PRODUIT AU COURS (*) : ❑ d'un trajet ❑ d'un entrainement

❑ d'une compétition : ❑ de ligue ❑ de district ❑ autre

❑ autre cas (à préciser) : ……

Date de l'Accident : …… **Lieu :** ……

Heure de l'Accident : …… **Titre de la Compétition :** ……

Nom des Clubs en présence : ……

Le Blessé a-t-il été inscrit sur la feuille d'arbitrage : ☐ Oui ☐ Non

Décrivez (au verso de la présente déclaration) les circonstances de l'accident et précisez l'identité et qualité du/des responsables, ainsi que celle des témoins

JOINDRE OBLIGATOIREMENT UN CERTIFICAT MÉDICAL ÉTABLI PAR LE MÉDECIN CONSULTÉ LE JOUR DE L'ACCIDENT. CE DOCUMENT, ADRESSER SOUS PLI CONFIDENTIEL A L'ATTENTION DU MÉDECIN CONSEIL DE GENERALI#SPORTS, DEVRA COMPORTER LES MENTIONS SUIVANTES :

- Date de l'examen médical,
- Date de l'accident,
- Nature et siège de la blessure,
- Durée de l'incapacité sportive minimum,
- Durée de l'arrêt de travail, s'il y a lieu.

S'IL NE S'AGIT PAS DU BLESSÉ, NOM ET ADRESSE DE LA PERSONNE QUI DOIT RECEVOIR L'ACCUSÉ DE RÉCEPTION :

NOM ET PRÉNOM :……

ADRESSE : ……

CODE POSTAL : …… VILLE : ……

TÉLÉPHONE : ……

Déclaration faite à …… le ……

Signature du blessé (ou de son représentant légal) :

Signature du correspondant et cachet du club :

(Compléter au verso)

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Protection de vos données personnelles

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données personnelles, nous vous précisons que les données à caractère personnel que nous vous demandons de nous transmettre font l'objet d'un traitement par le responsable de traitement, GENERALI#SPORTS, ayant pour objet la gestion de votre demande d'indemnisation.

Ce traitement est fondé sur l'exécution de nos obligations contractuelles et, pour les données médicales, sur votre consentement. En nous fournissant ces données, vous en acceptez le traitement dans ce cadre et pour cet objet.

Informations spécifiques sur la collecte et l'utilisation de vos données personnelles, y compris de vos données de santé :

Nous serons amenés à traiter des données personnelles relatives à votre santé uniquement pour la gestion de votre sinistre.
En aucun cas, vos données de santé ne seront utilisées à des fins de prospection commerciale ou à toute autre fin.
Pour garantir la confidentialité de vos données de santé et le respect du secret médical, ces données sont uniquement accessibles :

- Par notre service médical, ainsi que par notre personnel spécifiquement formé à leur traitement, et
- Dans les seuls cas où leur transmission est nécessaire pour l'instruction et la gestion de votre sinistre, aux assureurs, réassureurs, organismes professionnels, experts, avocats, médecins, partenaires ainsi que les tiers dont l'intervention est nécessaire pour la gestion de votre dossier d'indemnisation.

Par ailleurs, vos données personnelles peuvent également être recueillies et utilisées afin de lutte contre la fraude à l'assurance et contre le blanchiment / financement du terrorisme.
Vos données sont conservées le temps nécessaire à la gestion de votre dossier accident corporel. Elles sont ensuite archivées pour une durée fixée en tenant compte de la réglementation applicable et des contraintes opérationnelles de l'Assureur, dont notamment la satisfaction de ses obligations comptables ou de demandes émanant d'organismes publics.
Vous disposez du droit de prendre connaissance des données vous concernant et de demander à les corriger, notamment en cas de changement de situation.
Vous disposez également du droit de demander d'effacer ou de limiter l'utilisation de vos données.
Vous pouvez vous opposer à l'utilisation de vos données personnelles sur simple demande après avoir fourni, le cas échéant, une preuve de votre identité à l'adresse suivante : droitacces@generali.fr ou à l'adresse postale suivante Generali – Conformité – TSA 70100 75309 Paris Cedex 09.

L'exercice de ces droits est cependant susceptible de rendre impossible le traitement de votre demande d'indemnisation.

Pour plus d'informations sur le traitement de vos données et sur vos droits, nous vous invitions à consulter le site : www.generali.fr rubrique VOS DONNEES PERSONNELLES ou à nous contacter aux adresses Generali ci-dessus.