

Déclaration de sinistre

Cette déclaration doit être réalisée par le blessé et doit être contresignée par un responsable du club concerné. Vous avez 30 jours à compter de la survenance de l'accident pour effectuer cette déclaration.

Merci d'adresser cette déclaration par e-mail à indem.ia@helmatt-assurances.com et d'y joindre impérativement la copie de la licence en cours au moment de l'accident.

Informations générales licencié concerné

Pratique sportive :

Nom et prénom du licencié :

Date de Naissance : Profession :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Numéro de Licence :

Adresse email du blessé ou de son représentant légal :

Informations générales Club concerné

Nom et adresse du Club :

Code Postal : Ville :

Nom du Correspondant du Club :

Adresse email du Correspondant :

Circonstance de l'accident

L'accident s'est produit au cours :

- d'un trajet d'un entraînement d'une compétition
 autre cas (à préciser)

Date de l'accident : Heure de l'accident :

Lieu de l'accident :

Titre de la compétition (le cas échéant) :



Protection de vos données personnelles

Helmett, en qualité de Responsable de traitement, traite vos données à caractère personnel à des fins de gestion de votre indemnisation. Elles pourront également être utilisées à des fins de lutte contre la fraude à l'assurance et contre le blanchiment / financement du terrorisme. En aucun cas, vos données ne seront utilisées à des fins de prospection commerciale ou à toute autre fin.

Ce traitement est fondé sur l'exécution de nos obligations contractuelles.

Pour garantir la confidentialité de vos données, elles sont uniquement accessibles :

- 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 indemnisation, aux assureurs, réassureurs, organismes professionnels, experts, avocats, partenaires ainsi que les tiers dont l'intervention est nécessaire pour la gestion de ce dossier.

Vos données sont conservées le temps nécessaire à la gestion de votre dossier. Elles sont ensuite archivées pour une durée fixée en tenant compte de la réglementation applicable et des contraintes opérationnelles de nos compagnies d'assurances partenaires, dont notamment la satisfaction de leurs obligations comptables ou de demandes émanant d'organismes publics.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de vos données ainsi que du droit de vous opposer à leur utilisation sous certaines conditions, que vous pouvez exercer à l'adresse électronique suivante : rgpd@helmett-assurances.com ou à l'adresse postale suivante : HELMETT - Responsable Risques & Conformité - 3 Boulevard Richard Lenoir -75011 Paris. Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. Pour en savoir plus, consultez notre Politique de Confidentialité présente sur le site <https://www.helmett-sport.com/politique-de-confidentialite>.

Consentement au traitement de vos données de santé

Helmett, en qualité de Responsable de traitement, peut également être amené à traiter des données personnelles relatives à votre santé uniquement dans le cadre de la gestion de votre sinistre corporel. En aucun cas, vos données de santé ne seront utilisées à d'autres fins.

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 la signature du présent document, je reconnais avoir été informé(e) du traitement et de mes droits concernant mes données personnelles dans le cadre de la gestion de mon accident corporel et j'autorise HELMETT (et/ou toute personne ou organisme agissant pour son compte), dans le respect du secret professionnel :

- À traiter informatiquement les données me concernant (ou concernant mon enfant ou la personne protégée que je représente légalement) ;
- À prendre connaissance de l'ensemble des pièces et rapports médicaux nécessaires à l'appréciation de mes préjudices (ou celui de la personne que je représente) ;
- À communiquer aux seules personnes ou organismes concernés par la gestion de ce dossier corporel, les données personnelles me concernant (ou concernant la personne que je représente), dont les informations à caractère médical.

Nom/prénom du signataire :

Si vous agissez pour une personne blessée mineure ou protégée, qualité et nom de la personne représentée :

Fait à **le**