

Déclaration de sinistre

Cette déclaration doit être réalisée par l'assuré (victime ou blessé).

Dans le cas d'une blessure, celle-ci doit être contresignée par un responsable du club concerné.

Vous avez 30 jours à compter de la survenance du sinistre pour effectuer cette déclaration et l'adresser par e-mail à licencie.ffbb@helmatt-assurances.com

Joindre impérativement la copie de la licence en cours de validité lors de la survenance du sinistre.

Tous les champs doivent être complétés.

Licencié (facultatif si seul le club est concerné par le sinistre)

Nom et prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Date de Naissance : Profession :

N° de téléphone : Mail :

N° de Licence (joindre copie de la licence) :

Si l'assuré est mineur, nom et adresse de son représentant légal :

.....

Assureur personnel (nom et adresse de la compagnie) :

N° de contrat d'assurance :

L'assuré a-t-il été déclaré à l'assureur personnel ? : ☐ oui ☐ non

Formule de garantie d'assurance Individuelle Accident souscrite par le licencié :

☐ A ☐ A+C

☐ B ☐ B+C

Club

Nom du Club : EVEIL SPORTIF ORMES BASKET-BALL
Nom du Correspondant du Club : Stéphane PAIN
Adresse du Club : 147 route Nationale
Code Postal : 45140 Ville : ORMES
N° de téléphone : 06.50.96.23.24 Mail : eso.secretaire@gmail.com

Circonstance du sinistre

Type de pratique : ☐ 5x5 ☐ 3x3 ☐ Vivre Ensemble

Le sinistre s'est produit au cours :

☐ d'un trajet ☐ d'un entraînement / stage ☐ d'une compétition
☐ d'une manifestation extra-sportive à titre récréatif ☐ d'une sélection
☐ d'une initiation ☐ d'une participation bénévole
☐ autre cas (à préciser)

Date du sinistre : Heure:

Lieu et département du sinistre :

Nom de la manifestation et des clubs concernés (le cas échéant) :

.....

Détails du sinistre (à ce stade, ne pas mentionner de donnée médicale et joindre le cas échéant un devis de réparation / de remplacement) :

.....

.....

.....

.....

A-t-il été établi un procès-verbal ou tout autre rapport par les autorités locales, précisant les circonstances du sinistre ? ☐ oui ☐ non

Si oui, communiquer les coordonnées :

Témoins du sinistre (facultatif)

Nom et adresse du 1^{er} témoin :

.....

Nom et adresse du 2^{ème} témoin :

.....

Auteur du sinistre (facultatif)

Nom et prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Date de Naissance :

N° de téléphone :Mail :

N° de Licence (joindre copie de la licence) :

Si l'auteur du sinistre est mineur, nom et adresse de son représentant légal :

.....

Club d'appartenance de l'auteur du sinistre (facultatif)

Nom du Club :

Nom du Correspondant du Club :

Adresse du Club :

Code Postal : Ville :

N° de téléphone :Mail :

Déclaration faite à le

Par la signature du présent document vous déclarez et reconnaissez que les informations reportées dans le présent document sont sincères et exactes.

Signature de l'assuré
(ou de son représentant légal)

Signature du correspondant du Club
Cachet du Club

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 sinistres (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**

