



Fiche d'informations utiles

POUR TOUTES INFORMATIONS :

1 seul interlocuteur, WTW France.

Vous pouvez nous joindre par téléphone, mail, courrier :



09.72.72.01.19



fr.ffrandonnee@wtwco.com



WTW France – Tour Hekla
52 avenue du Général de Gaulle
CS 10427
92800 Puteaux

POUR DECLARER UN SINISTRE :

2 interlocuteurs selon la nature du sinistre :



✓ **EN LIGNE (A privilégier) :**

- Individuelle Accident
- Annulation/ interruption de séjour/ Bagages

<https://www.ffrandonnee.fr/adherer/la-licence-federale/licence-que-faire-en-cas-de-sinistre>

✓ **PAR COURRIER ou MAIL:**

- Responsabilité Civile

Willis Towers Watson France –
Département Sport et Evènement – WTW
DGPL Fédération, 2 rue de Gourville -
45911 Orléans Cedex



- Assistance Rapatriement

✓ **Appel Téléphonique :**

De France :

01.45.16.84.99

De l'étranger :

+33(0)1.45.16.84.99

Numéro de contrat à communiquer : **8710**

Toute organisation d'un rapatriement qui n'aura pas reçu l'accord de MUTUAIDE ne sera pas prise en charge financièrement.

IMPORTANT Vous pouvez appeler WTW France (09 72 72 01 19) pour obtenir des renseignements

QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE ?

ÉTAPE 1

▼ En cas d'accident, en France comme à l'étranger, la première chose à faire est :

- d'appeler les organismes de secours locaux qui connaissent les lieux et seront sur place très rapidement ;
- si vous partez à l'étranger, renseignez-vous avant votre départ sur les coordonnées des services de secours du pays où vous vous rendez.

En France	Samu	15
	Gendarmerie	17
	Pompiers	18
	Numéro d'urgence dans l'Union Européenne	112
	(ce numéro vous met en contact avec un interlocuteur francophone)	

- si un transport à l'hôpital est nécessaire, vous pouvez contacter directement un ambulancier si cela peut vous faire gagner du temps. Dans ce cas, les frais occasionnés sont remboursés par la garantie accidents corporels.

ÉTAPE 2

▼ Dans quels cas déclencher la garantie Assistance Rapatriement et comment ?

Seuls les titulaires de licences IRA, FRA, IMPN, FMPN, Licence Jeune, Licence Comité, de Pass Découverte ou de Baliseur/Collecteur Officiel ont droit à la garantie Assistance Rapatriement.

L'intervention de l'assiste est à requérir :

- si le séjour à l'étranger est inférieur à un mois (si option « Extension de garantie Assistance Rapatriement à l'étranger » souscrite, le séjour est inférieur à trois mois consécutifs) ;
- et après une hospitalisation y compris en ambulatoire.

En effet, il est nécessaire d'obtenir l'avis d'un médecin qui saura évaluer la nécessité et les conditions d'un rapatriement. MUTUAIDE ASSISTANCE se rapprochera de ce médecin.

Pour contacter MUTUAIDE ASSISTANCE, vous utiliserez le numéro de téléphone figurant sur votre licence en précisant votre appartenance à la Fédération française de la randonnée pédestre, vos nom et prénoms, le numéro et le type de licence que vous avez. Comme précisé, le personnel de MUTUAIDE ASSISTANCE va se mettre en relation avec le médecin chargé de la victime.

Si vous ne remplissez pas ces conditions, vous pourrez faire valoir la garantie Accidents Corporels en renseignant une déclaration de sinistre. Ainsi, les frais occasionnés sur place pour les transports jusqu'à un centre médical, les frais de traitements médicaux seront remboursés a posteriori par la garantie Accidents Corporels, après déduction des remboursements effectués par la Sécurité Sociale et complémentaire santé si vous en possédez une.

Appelez MUTUAIDE ASSISTANCE
Téléphone : 01 45 16 84 99
Depuis l'étranger : +33 1 45 16 84 99

ÉTAPE 3

▼ À votre retour de randonnée, effectuez une déclaration de sinistre :

- Dans les 10 jours ouvrés

La déclaration d'accident peut être faite :

1- en ligne, sur le site Internet <https://www.ffrandonnee.fr/adherer/la-licence-federale/licence-que-faire-en-cas-de-sinistre> ou sur ffrandonnee@wtwco.com

2- ou en remplissant l'imprimé type disponible : le formulaire « Déclaration de sinistre »

3- ou en indiquant sur papier libre le lieu précis, la date et les circonstances détaillées de cet accident, en mentionnant s'il est survenu à l'occasion d'une programmation associative ou d'une randonnée personnelle.

En cas de déclaration sur papier, adressez votre courrier (Lettre recommandée non exigée) à :

Willis Towers Watson France
Département Sport et Evénement
DGPL Fédérations - 2 rue de Gourville - 45911 Orléans Cedex 9

Toute déclaration d'accident doit :

- soit mentionner le numéro de la licence ou de la carte et sa catégorie, ainsi que le nom du club et son numéro d'affiliation, soit être accompagnée d'une photocopie de la licence ou de la carte. (En cas de perte ou de vol de la licence, l'affiliation d'un licencié, victime d'un sinistre, peut également être prouvée par la production d'une attestation de licence téléchargeable sur le site <https://gestion.ffrandonnee.fr> d'une copie des bordereaux ou des livres comptables de l'association) ;
- être complétée par un certificat médical descriptif des blessures constatées s'il s'agit d'un sinistre mettant en jeu la garantie des accidents corporels (la garantie des accidents corporels n'est acquise que pour les licences IRA/ FRA et IMPN/FMPN, la licence Jeune, la licence Comité, les Pass découverte et les Baliseurs et Collecteurs officiels);
- mentionner l'identité et l'adresse de la victime (le tiers) ;
- et la nature des dommages corporels ou des dégâts matériels causés s'il s'agit d'un sinistre de Responsabilité Civile.

NOTA BENE:

En cas de dommages matériels ou de sinistre en Responsabilité Civile (= si vous êtes responsable d'un dommage à autrui), il convient de décrire les faits sur papier libre et de bien préciser en objet que le sinistre porte sur la garantie en Responsabilité Civile du licencié ou de l'association. Ainsi le dossier sera adressé plus facilement au bon service de l'assureur concerné. Ne joignez à la déclaration aucun document nécessaire au règlement ultérieur du dossier (devis, note de frais, feuille de soins, facture, etc.). Attendez, pour ce faire, d'avoir reçu un accusé de réception de l'assureur qui indiquera le numéro de votre dossier (que vous ferez figurer sur tout courrier ultérieur) et son déroulement.

ASSISTANCE VOYAGE

CONSIGNES À RESPECTER EN CAS DE SURVENANCE D'UN ÉVÈNEMENT GRAVE (ACCIDENT OU MALADIE) LORS D'UN DÉPLACEMENT

▼ NOTICE D'INSTRUCTIONS en cas d'accident grave

Ce qu'il ne faut pas faire :

- Ne refusez pas systématiquement tout soin sur place quelle que soit la qualité supposée de ces soins.
- Ne préjugez jamais de la gravité d'un accident ou d'une maladie.
Une intervention immédiate pour un cas bénin vaut mieux qu'une intervention a posteriori, suite à une complication. Même si vous pensez que votre cas ne nécessitera pas un transport médicalisé, MUTUAIDE ASSISTANCE peut intervenir pour un conseil ou une prise en charge de vos frais médicaux sur place.
- N'organisez pas vous-même une intervention de quelque nature que ce soit sans avoir averti MUTUAIDE ASSISTANCE

Toute organisation d'un rapatriement qui n'aura pas reçu l'accord de MUTUAIDE ASSISTANCE ne sera pas prise en charge financièrement y compris pour l'accompagnant.

Ce qu'il faut faire :

- Faites appel aux services locaux pour les premiers soins. MUTUAIDE ASSISTANCE ne se substitue pas aux autorités sanitaires pour les interventions de première urgence.
- Ensuite :

Appelez MUTUAIDE ASSISTANCE

Téléphone : 01 45 16 84 99

Depuis l'étranger : +33 1 45 16 84 99

en indiquant :

- votre appartenance à la FEDERATION FRANCAISE DE LA RANDONNEE PEDESTRE
- le numéro de contrat d'assurance : XXXXXXXXXX
- votre adresse en France
- votre adresse à l'étranger,
- le numéro de téléphone fixe ou mobile (voire fax) auquel on peut vous joindre

Il faut pouvoir donner toutes les indications permettant au médecin de MUTUAIDE ASSISTANCE d'entrer en relation avec le médecin qui a prodigué les premiers soins.

Pour accélérer le traitement de votre dossier, merci d'effectuer votre déclaration d'accident en ligne :

<https://www.ffrandonnee.fr/adherer/la-licence-federale/licence-que-faire-en-cas-de-sinistre>

DÉCLARATION DE SINISTRE À ADRESSER DANS LES 10 JOURS ACCOMPAGNÉE D'UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONSTATATION DE VOTRE BLESSURE

(adressé sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de Willis Towers Watson France) :

Willis Towers Watson France –
2, Rue de Gourville – ZI Ormes 45911 Orléans Cedex
09 72 72 01 19 ou fr.ffrandonnee@wtwco.com

L'assuré :

Civilité : ☐ Mlle ☐ Mme ☐ M.

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone : E-mail :@

Date de Naissance : / / Numéro de Sécurité Sociale : - -

Numéro de licence : ou ☐ Invité ☐ Bénévole

Type de licence : ☐ IRA ☐ FRA ☐ IMPN ☐ FMPN ☐ Jeune

☐ Randopass ☐ Randopass+ ☐ Carte Baliseur/Collecteur officiel ☐ Pass Découverte

Date de souscription : Nom de l'association affiliée :

Nom du Comité Régional :

Une option complémentaire a-t-elle été souscrite ? ☐ Oui ☐ Non

Nom et N° du contrat d'assurance **complémentaire santé** :

Nom et N° du contrat **d'assurances similaires souscrites** (assurance multirisque vie privée, autre licence, etc.) :

L'accident

Date de l'accident : / / Heure de l'accident : h

Lieu de l'accident :

Code Postal : Ville :

Nature de l'activité pratiquée lors de l'accident :

☐ Randonnée Pédestre ☐ Marche Nordique ☐ Raquette à neige ☐ Ski de randonnée ☐ VTT

☐ Longe-Côte - Marche Aquatique ☐ Balisage/Collecte ☐ Ski de piste ☐ Ski de fond

☐ Autre (à préciser) :

Si l'accident est survenu lors d'une activité de randonnée :

Type d'organisation : ☐ Associative ☐ Individuelle

Heure de départ de la randonnée : h

Distance totale de la rando prévue : km

Dénivelé positif total prévu : m

Coordonnée GPS du lieu de l'accident (facultatif) :

Détail des circonstances de l'accident

(à préciser dans tous les cas, même si un procès-verbal de gendarmerie ou un rapport de police a été établi)

.....
.....
.....
.....
.....

Croquis (facultatif):

.....
.....
.....
.....
.....

Précisions sur les circonstances :

☐ Lors du trajet aller/retour ☐ Lors de la randonnée

☐ Chute ☐ Glissade

☐ Autre (à préciser) :

Utilisation des bâtons de randonnée au moment de l'accident : ☐ Oui ☐ Non

Nature du terrain

☐ Itinéraire balisé ☐ Itinéraire non balisé ☐ Hors itinéraire ☐ Route

☐ Autre (à préciser) :

Conditions météorologiques

☐ Pluie ☐ Neige ☐ Beau temps ☐ Brouillard ☐ Vent

La prise en charge médicale :

☐ Vous-même ☐ Un service d'urgence (SAMU, Pompiers, PGHM, Croix Rouge etc..)

☐ Un membre du groupe ☐ un tiers

Evacuation : ☐ Non ☐ oui

☐ Ambulance ☐ Véhicule personnel ☐ Hélicoptère ☐ Autre :

Hospitalisation : ☐ Non ☐ oui, Si oui combien de nuitées ?

Intervention Chirurgicale : ☐ Non ☐ oui

Rapatriement de l'étranger : ☐ Non ☐ oui, Si oui avec quel Assisteur ?

Dommmages corporels de l'assuré :

Nature des blessures :

☐ Blessures légères ☐ Traumatismes

☐ Brûlures ☐ Plaie ☐ Entorse

☐ Fractures ☐ Malaise ☐ Décès

☐ Autre, précisez :

Perte de connaissance : ☐ Oui ☐ Non

Siège des blessures :

☐ Tête ☐ Epaule ☐ Bassin ☐ Membres

inférieurs ☐ Membres supérieurs

☐ Localisation Multiple ☐ Région Cervicale

☐ Dents ☐ Cœur ☐ autre, précisez :

Dommmages matériels :

Descriptif du préjudice matériel :

.....

.....

Lieu ou le matériel endommagé peut être
expertisé :

.....

Estimation financière du préjudice :

.....

.....

PIECES JUSTIFICATIVES

(Selon l'instruction du dossier sinistre, d'autres pièces peuvent vous être demandés)
à joindre avec la présente déclaration :

Willis Towers Watson France - Département Sports & Evénements
2, Rue de Gourville – ZI ORMES 45011 ORLEANS
09 72 72 01 19 ou fr.ffrandonnee@wtwco.com

En cas de blessure

- attestation médicale ou certificat médical
- bulletin de situation / sortie, si hospitalisation
- Justificatifs des frais médicaux engagés (factures optique, dentaire)
- Copie des bordereaux de remboursement des organismes sociaux

En cas d'Invalidité

- le certificat médical de CONSOLIDATION
- tous documents médicaux en votre possession

En cas d'arrêt de travail supérieur à 8 jours

- le certificat médical initial et les certificats médicaux de prolongation
- le dernier avis d'imposition au jour de l'accident
- les justificatifs de revenus de remplacement perçu pendant la période d'incapacité

En cas de décès

- l'acte de décès
- le procès verbal de gendarmerie
- un certificat d'hérédité établi par le notaire chargé de la succession

Le signataire de la présente déclaration certifie l'exactitude des informations déclarées ci-dessus. Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle peut entraîner une non-garantie au titre du sinistre déclaré ainsi que des poursuites.

Fait à : Le : / /

Nom et Signature :

Tampon de l'association affiliée (ou signature de son représentant) si la déclaration est faite par l'association.

Fait à : Le : / /

« Nous vous informons que les données à caractère personnel recueillies sont nécessaires pour la prise en compte de votre adhésion et la gestion de votre contrat d'assurance. Dans ce cadre, ces données peuvent être transmises à l'Assureur et peuvent également être communiquées à des experts, à nos conseils, à nos prestataires et sous-traitants. A défaut d'opposition expresse de votre part, nous pourrions vous adresser des courriers ou emails d'information en lien avec votre contrat sans caractère commercial. **Vos données personnelles recueillies et traitées dans le cadre de la gestion de votre contrat ne seront toutefois jamais utilisées à des fins de prospection commerciale.** La base juridique du traitement de vos données est l'exécution de votre contrat d'assurance ou le consentement concernant l'éventuel traitement de vos données de santé. La base juridique du traitement de vos données est l'exécution de votre contrat d'assurance. Ces données sont conservées aussi longtemps que nécessaire pour la gestion de votre contrat et au-delà, à compter de la clôture du dossier, pendant la durée autorisée ou imposée par une disposition légale ou réglementaire. Vous disposez de droits d'accès, de rectification, de limitation du traitement, ainsi que du droit à la portabilité de vos données. Vous pouvez également vous opposer pour motifs légitimes à ce que vos données fassent l'objet d'un traitement. Il est précisé que l'exercice de certains de ces droits peut entraîner au cas par cas pour Willis Towers Watson France, l'impossibilité de gérer votre contrat et donc les prestations liées à ce dernier. Vous pouvez exercer vos droits à tout moment, sous réserve de justifier de votre identité, et contacter le Délégué à la Protection des Données par courrier électronique à l'adresse fr.informatique.libertes@wtwco.com ou par voie postale à l'adresse suivante : Willis Towers Watson France – Délégué à la Protection des Données -Tour HEKLA 52 Avenue du Général de Gaulle | CS 10427 92094 La Défense Cedex Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : CNIL – 3, place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07. En fournissant vos données personnelles et, notamment des données à caractère médical, vous autorisez expressément leur utilisation pour les besoins de la prise en compte de votre adhésion et de la gestion de votre contrat. Par ailleurs, si vous fournissez des renseignements au sujet d'une autre personne, vous vous engagez à l'informer de l'utilisation de ses données personnelles et à obtenir son consentement pour une telle utilisation en son nom.

CERTIFICAT MEDICAL DE CONSTATATION DE BLESSURE

Ce certificat doit être joint à la déclaration de sinistre, sous enveloppe, indiquant la mention
« lettre confidentielle à l'attention du Médecin Conseil de Willis Towers Watson France ».

Je soussigné(e) docteur

certifie avoir examiné de jour, / /

Monsieur, Madame,

à la suite de l'accident du / /

Descriptif des blessures :

.....

.....

.....

.....

L'accident nécessite-t-il une hospitalisation ? ☐ Oui ☐ Non

Etablissement/ service :

.....

Durée de l'hospitalisation : jours

Nature des traitements/ soins en cours :

.....

.....

L'accident a-t-il entraîné un arrêt de travail ? ☐ Oui ☐ Non

Durée prévisible de l'arrêt de travail : jours

**Les lésions imputables à l'accident sont-elles susceptibles d'entraîner une invalidité
permanente après consolidation ? ☐ Oui ☐ Non**

Fait à : Le : / /

Signature et cachet du médecin :

DECLARATION DE SINISTRE

ANNULATION / INTERRUPTION VOYAGE / SEJOUR – BAGAGES

CONTRAT MUTUAIDE 8711, 8712, 8713



Une déclaration par victime

Déclaration en ligne : <https://www.ffrandonnee.fr/adherer/la-licence-federale/licence-que-faire-en-cas-de-sinistre>
Déclaration par courrier : Willis Towers Watson France – Département Sports et Evénements – WTW DGPL Fédérations
 2 rue de Gourville - 45911 ORLEANS Cedex 9

DECLARANT :

Nom : Prénom :
 Lien avec la victime :

BENEFICIAIRE DE LA GARANTIE ANNULATION / INTERRUPTION :

Nom : Prénom :
 Adresse :
 Code postal : _____ Ville :
 E-mail : @ Téléphones : ou

SINISTRE :

Date de l'annulation / interruption __ / __ / ____ Lieu :
 Circonstances :

Règle générale : l'assuré doit, par des attestations, factures, ordonnances, certificats ou autres documents adéquats, prouver à l'assureur le bien-fondé de l'indemnité réclamée.
 Afin de nous permettre l'instruction du dossier, nous vous remercions de vous référer au tableau ci-après indiquant la liste des justificatifs à fournir en fonction de la cause de votre annulation / interruption voyage / séjour.

Cocher la case concernée	Assurance Annulation et Interruption	
☐	Annulation	- La déclaration de sinistre tamponnée et signée par l'organisateur - Une attestation de la part de l'organisateur, indiquant si vous avez été remplacé ou non à la suite de votre annulation. - La copie de votre licence - Le certificat médical et ou examens médicaux récents précisant la cause de l'incapacité ou tout justificatif recevable (voir la notice d'information WTW). - Copie du bulletin de souscription à l'assurance daté et signé - La notice d'information du séjour indiquant le prix du séjour et les conditions d'annulation - Le bulletin d'inscription du voyage daté et signé par le licencié et l'organisateur - Le RIB <i>Après examen du dossier, tout autre justificatif à la demande de WTW ou Mutuaide.</i>
☐	Interruption	- La déclaration de sinistre, tamponnée et signée par l'organisateur - Le bulletin d'inscription du voyage signé par le licencié et l'organisateur - Le bulletin de souscription à l'assurance signé - La "notice d'information" du voyage fournie par votre club mentionnant les conditions d'annulation de celui-ci (pour information, ce document mentionne les étapes du voyage, ce qui est compris ou non dans le prix du voyage, les conditions d'annulation) - La copie de votre licence - Un Relevé d'Identité Bancaire - Un justificatif ayant pour but de représenter la situation occasionnant l'interruption de ce voyage <i>Après examen du dossier, tout autre justificatif à la demande de WTW ou Mutuaide.</i>
BAGAGES		
Fournir systématiquement : l'original du Constat d'Irrégularité Bagages (P.I.R.) établi par le service Bagages de la Société de transport, ainsi que le ticket original d'enregistrement du (des) bagage(s) concerné(s).		
☐	Perte	Les factures d'achat originales des <i>Biens garantis</i> disparus
☐	Vol	- Le dépôt de plainte circonstancié établi auprès des autorités de police les plus proches du lieu du délit - Les factures d'achat originales des <i>Biens garantis</i>, - Les photos et attestations d'estimation certifiées par un expert agréé lorsqu'il s'agit de bijoux, montres, perles, pierres précieuses et objet façonnés avec du métal précieux.
☐	Destruction totale ou partielle	- Le témoignage écrit de l'accompagnateur ou d'un tiers et/ou un certificat médical si le dommage s'est produit lors d'un <i>Accident corporel</i> de l'Assuré, - La facture des réparations du <i>Bien garanti</i> détérioré accompagné de la copie de la facture d'achat de ce <i>Bien garanti</i>. - Ou le certificat d'un professionnel attestant du caractère irréparable du <i>Bien garanti</i> détérioré accompagné de la facture d'achat originale de ce <i>Bien garanti</i>. - Attestation écrite de l'entreprise concernée.

Attestation du vendeur concernant l'assurance « Annulation / Interruption » (à compléter)	
Prix du voyage (hors assurance annulation / interruption)	€
Prix de l'assurance annulation / interruption du voyage	€
Montant total réglé par le participant à la date d'annulation / interruption du voyage (y compris l'assurance annulation / interruption)	€
Montant remboursé par l'organisateur au participant à la suite de l'annulation du voyage (en vertu des conditions d'annulation figurant sur la notice d'information du voyage/séjour)	€
Montant restant à votre charge après remboursement par l'organisateur (hors assurance)	€

Nous vous remercions de ne pas nous transmettre d'autres justificatifs en l'absence de la référence de dossier transmis par notre service
Protection des Données à caractère personnel

Les données à caractère personnel, recueillies par WTW France et l'assureur, sont collectées aux fins de permettre la gestion du sinistre sur la base de l'exécution de votre contrat d'assurance. Toutes les informations demandées ont un caractère obligatoire. A défaut de renseignement de celles-ci, nous ne serions pas en mesure de traiter correctement votre déclaration de sinistre. WTW France et l'assureur peuvent également utiliser les données à caractère personnel pour lutter contre la fraude (ce traitement peut conduire à votre inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude) et de lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme. Ces traitements sont mis en œuvre pour permettre à ces organismes de se conformer à leurs obligations légales et sur la base de leur intérêt légitime consistant à maîtriser leurs risques. WTW France et l'assureur peuvent communiquer les données à caractère personnel aux sociétés de leur groupe, à leurs prestataires de services ainsi qu'à d'autres tiers à ces mêmes fins. Les données à caractère personnel peuvent être transférées par l'assureur à l'étranger, y compris vers des pays qui ne font pas partie de l'Espace économique européen. Ces transferts sont encadrés par des garanties appropriées, notamment contractuelles, conformément à la réglementation européenne applicable.

Toute personne concernée peut exercer ses droits en écrivant à : MUTUAIDE ASSISTANCE – 126, rue de la Piazza - CS 20010 – 93196 Noisy le Grand CEDEX, ou par e-mail à DRPO@MUTUAIDE.fr. Un exemplaire de la Politique de protection des données à caractère personnel de l'Assureur peut être obtenu en écrivant comme indiqué ci-dessus. Les personnes concernées disposent de certains droits relatifs à leurs données à caractère personnel et en particulier des droits d'accès, de rectification, de limitation à l'utilisation, d'opposition pour des raisons tenant à leur situation particulière, d'effacement, de retrait du consentement ou de portabilité. Vous pouvez exercer ces droits à tout moment, sous réserve de justifier de votre identité, et contacter le Délégué à la Protection des Données par courrier électronique à l'adresse fr.informatique.libertes@wtwco.com ou par voie postale à l'adresse suivante : Willis Towers Watson France – Délégué à la Protection des Données - Tour HEKLA 52 Avenue du Général de Gaulle | CS 10427 92094 La Défense Cedex Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : CNIL – 3, place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07- France

Dans le cas où le signataire fournit des données concernant une tierce personne physique, il doit informer ladite personne de ses droits et être autorisé (dans la mesure du possible) à les divulguer pour le compte de cette dernière.

Les informations d'ordre médical qui vous sont demandées sont une catégorie particulière de données à caractère personnel pour lesquelles il est nécessaire de recueillir votre consentement.

► Si vous acceptez la collecte, l'utilisation et transfert de ces informations d'ordre médical aux fins de gestion du sinistre, veuillez cocher la case ci-contre ☐

Vous avez le droit de retirer votre consentement à tout moment en écrivant comme indiqué ci-dessous. Si vous refusez de donner votre consentement ou si vous retirez votre consentement ultérieurement, nous serions dans l'impossibilité de poursuivre l'indemnisation de votre préjudice corporel.

Des informations complémentaires sur l'utilisation des données à caractère personnel par l'Assureur et sur les droits des personnes concernées sont disponibles sur <http://www.mutuaide.fr>. Toute personne concernée peut exercer ses droits auprès de l'assureur en écrivant à : : MUTUAIDE ASSISTANCE – 126, rue de la Piazza - CS 20010 – 93196 Noisy le Grand CEDEX, ou par e-mail à DRPO@MUTUAIDE.fr.

Un exemplaire de la Politique de protection des données à caractère personnel de l'Assureur peut être obtenu en écrivant comme indiqué ci-dessus.

Fait le __/__/____

SIGNATURE DE LA VICTIME

Fait le __/__/____

CACHET DE L'ORGANISATEUR (OBLIGATOIRE)