Fédération Française de Lutte et D.A.

Déclaration d'accident

GENERALI - Police AU066274 Individuelle Accident – Police AU065132 Responsabilité civile

PERSONNE BLESSEE OU PERSONNE RESPONSABLE D'UN DOMMAGE

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Profession : ……

Date de naissance : .....

Sexe : .....

N° de licence ……

✆ : ……

Souhaitez-vous communiquer par mail : ❑ oui ❑ non

Adresse mail : …….

Catégorie du blessé : ❑ Licencié pratiquant ❑ Educateur ❑ Dirigeant ❑ Bénévole ❑ Sportif de Haut Niveau ❑ Arbitre

❑ Essai Découverte

❑ Autres (à préciser) : …….

❑ Garantie de base ❑ Garantie complémentaire souscrite - Précisez la formule : ❑A ❑B ❑C

N° affiliation du club : |__|__|__|__| Nom et adresse du club : .....

.....

REGIMES SOCIAUX DU LICENCIE BLESSE

❑ Salarié ❑ Travailleur indépendant ❑ Etudiant ❑ Autres (*à préciser*) ……

N° Sécurité Sociale : .....

Mutuelle ❑ oui : (nom et N° de contrat) : ..... ……

❑ non

CIRCONSTANCES

Date de l'accident : …/…. /…….. Lieu de l'accident : …….

Discipline concernée :

☐ Lutte gréco-romaine ☐ Sambo

☐ Lutte libre ☐ Grappling

☐ Lutte féminine ☐ Gouren

L'accident s'est produit au cours :

❑ Entraînement ❑ Compétition ❑ Stage

❑ Autres (*à préciser*) …….

Indiquer **la nature des blessures** et relater **les faits** avec le plus de précisions possibles, en faisant, si nécessaire, un croquis avec la position exacte du blessé (*sur une feuille à part*) :

……

……

Intervention extérieure (SAMU, Pompiers, Gendarmerie…) : ❑ oui ❑ non

Hospitalisation : ❑ oui ❑ non

Nom et adresse des témoins éventuels :

……

……

Nom et adresse de la victime, en cas de dommages liés à la Responsabilité Civile et description des dommages causés :

……

……

PERSONNE EFFECTUANT LA DECLARATION OU TITULAIRE DE L'AUTORITE PARENTALE DE LA PERSONNE BLESSEE

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : ..... ……

Code postal : .... Ville : …… ..... ……

Qualité du signataire : ……

Signature obligatoire

CADRE RESERVE AU CLUB ORGANISATEUR

Nom du Club : ……

Adresse du Club : ……..

Qualité du signataire : .....

Cachet du club et Signature obligatoires

PIECES A JOINDRE

En cas de blessures : le formulaire de déclaration, la photocopie licence en cours de validité à la date de l'accident,

En cas de Responsabilité Civile : Le formulaire de déclaration, la licence du pratiquant responsable, réclamation du tiers, ainsi qu'un devis précisant le montantdes réparations à effectuer

En cas de décès : Le formulaire de déclaration, la licence du pratiquant, les coordonnéesdu notaire chargé de la succession, la copie du Procès-Verbal de Gendarmerie, ses références auprès du Tribunal

Toutes les pièces à caractère médical peuvent être transmises dans une enveloppe dûment cachetée portant la mention « pli confidentiel », adressée à l'attention du médecin conseil de l'assureur, à l'adresse suivante : ***Médecin Conseil. WTW DGPL Dommages 2 Rue de Gourville - 45911 Orléans Cedex 9 – France - fflutte@wtwco.com***

Si vous préférez, vous pouvez envoyer l'ensemble de votre dossier directement au *Service Sinistres* mentionné en haut de ce formulaire.
Toute fraude, réticence, ou fausse déclaration intentionnelle ayant pour but d'induire l'assureur en erreur sur les circonstances ou les conséquences d'un sinistre, entraîne la perte de tout droit à l'indemnité pour ce sinistre.

- **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 règlementation européenne applicable.
Toute personne concernée peut exercer ses droits en écrivant à : **WTW Service Conformité, - Immeuble Quai 33 - 33/34 quai de Dion Bouton -CS 70001 - 92814 Puteaux Cedex- France** ou par e-mail à fr.informatique.libertes@wtwco.com. Un exemplaire de la Politique de protection des données à caractère personnel de l'Assureur peut être obtenu en 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 - Immeuble Quai 33 - 33/34 quai de Dion Bouton -CS 70001 - 92814 Puteaux Cedex- France. 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 https://www.wtwco.com/. Toute personne concernée peut exercer ses droits auprès de l'assureur en écrivant à : ***WTW Service Conformité, Immeuble Quai 33 - 33/34 quai de Dion Bouton -CS 70001 - 92814 Puteaux Cedex- France***, ou par e-mail à fr.informatique.libertes@wtwco.com
Un exemplaire de la Politique de protection des données à caractère personnel de l'Assureur peut être obtenu en écrivant comme indiqué ci-dessus.

A …… le ……
Signature :

Déclaration de sinistre à adresser dans les 5 jours à :
WTW DGPL FEDERATIONS
2 Rue de Gourville
45911 Orléans Cedex 9
☎ 0 972 722 892 (de l'étranger : international du pays + 33 972 722 892)
fflutte@wtwco.com