

FORMULAIRE DE DECLARATION SINISTRE

DÉCLARATION DE SINISTRE À ADRESSER DANS LES 10 JOURS :

GRAS SAVOYE - Département Sports & Evénements
Immeuble Quai 33, 33/34, quai de Dion Bouton - CS 70001 - 92814 PUTEAUX CEDEX
09 72 72 01 39 ou ffgolf@grassavoie.com

1. INFORMATIONS RELATIVES AUX PROTAGONISTES DU SINISTRE

L'ASSURE :

Auteur de l'accident Oui Non **Victime de l'accident** Oui Non

Civilité : Mlle Mme M.

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Code Postal : Ville :

Téléphone : E-mail : @

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

Numéro de licence : Index : Classement :

Nom du club : Numéro du club de licence :

Avez-vous renoncé à l'assurance Individuelle Accidents de base facultative ? Oui Non

Avez-vous souscrit à une option complémentaire ? Oui Non

Si oui, laquelle ou lesquelles :

.....

SI présence d'un TIERS dans l'accident :

Auteur de l'accident Oui Non **Victime de l'accident** Oui Non

Civilité : Mlle Mme M.

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Code Postal : Ville :

Téléphone : E-mail : @

Nom de son assureur et N° du contrat **Responsabilité Civile** (Multirisque Habitation ou Automobile) :

.....

.....

Qualité du tiers :

Licencié (Numéro de licence): Automobiliste Voisin du golf Autre

TEMOINS

Noms / Prénoms / Adresses / Coordonnées Téléphoniques et Mail :

.....

.....

.....

.....

.....

2. INFORMATIONS RELATIVES AU SINISTRE

L'ACCIDENT

Date de l'accident : / /

Heure de l'accident : h

Lieu de l'accident / Nom du Golf

Code Postal : Ville :

Practice : Oui Non Trou n°

- La Victime assistait en tant que spectateur : Oui Non
- La Victime était sur le fairway : Oui Non
- Je jouais avec la victime : Oui Non
- La victime attendait avant de jouer un départ avancé: Oui Non
- La victime se trouvait :
 - devant moi derrière moi à ma droite à ma gauche
- La victime était dans la partie précédant la mienne et se trouvait :
 - sur le fairway sur le green et m'a fait signe de passer
- La victime était dans une partie
 - sur le trou n° entre les fairways des trous n° et
- La victime était cachée par :

Croquis de l'accident au moment du choc (facultatif) :

Le dommage a été causé PAR : ma balle mon club

une voiturette (faire une déclaration sinistre auprès de l'assureur de la voiturette).

Le dommage a été causé A : une voiture une maison / immeuble une personne
 un bien (téléphone, chariot etc...)

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)

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

Dommages 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 Optique Epaule Bassin
- Membres inférieurs Membres supérieurs
- Localisation Multiple Région Cervicale
- Dents Cœur autre, précisez :

Dommages corporels du tiers :

Nature des blessures :

- Blessures légères Traumatismes
- Brûlures Plaie Entorse
- Fractures Malaise Décès
- autre, précisez :

Perte de connaissance : Oui Non

Siège des blessures :

- Tête Optique Epaule Bassin
- Membres inférieurs Membres supérieurs
- Localisation Multiple Région Cervicale
- Dents Cœur autre, précisez :

Dommages matériels de l'assuré :

Descriptif du préjudice matériel :

.....

.....

Lieu ou le matériel endommagé peut être

expertisé :

.....

Estimation financière du préjudice :

.....

Dommages matériels du tiers :

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 :

GRAS SAVOYE - Département Sports & Evènements
Immeuble Quai 33, 33/34 quai de Dion Bouton - CS 70001 - 92814 PUTEAUX CEDEX
09 72 72 01 38 ou **ffgolf@grassavoie.com**

En cas de blessure

- certificat médical (à l'attention du médecin conseil)
- 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

RESPONSABILITE CIVILE:

- **Toujours transmettre une copie de cette déclaration à l'assureur du tiers victime afin que ce dernier fasse son recours.**

Exemple: un licencié dégrade une voiture avec une balle, nous indemniserons le préjudice du tiers après le **recours de SON assureur.**

En cas de décès

- l'acte de décès
- le procès verbal de gendarmerie
- livret de famille
- attestation dévolutive

SIGNATURE DE L'ASSURE

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 :

SIGNATURE DU TIERS

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 :

« 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 Gras Savoye, 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 informatique.libertes@grassavoie.com](mailto:adresse.informatique.libertes@grassavoie.com) ou par voie postale à l'adresse suivante : Gras Savoye – Délégué à la Protection des Données - Immeuble Quai 33 - 33/34 quai de Dion Bouton -CS 70001 - 92814 Puteaux 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 Gras Savoye* ».

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 :