

# DÉCLARATION DE CHUTE

## POURQUOI REMPLIR CE FORMULAIRE ?

Ces informations et documents sont indispensables pour instruire efficacement votre dossier.

### RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS à nous transmettre :

- De préférence à partir de votre espace personnel
- Ou par mail à : [sinistres.medicaux@macsf.fr](mailto:sinistres.medicaux@macsf.fr)
- Ou par courrier postal à l'adresse suivante :

Groupe MACSF  
Sinistres Responsabilité Civile Professionnelle  
10 Cours du Triangle de l'Arche – TSA 80500  
92919 LA DEFENSE CEDEX  
Tél. : 01 71 25 20 25

## 1. VOUS (LE SOCIÉTAIRE) Numéro de sociétaire\*

Nom\* : \_\_\_\_\_ Prénom\* : \_\_\_\_\_  
Téléphone sur lequel vous contacter : \_\_\_\_\_  
Adresse mail\* : \_\_\_\_\_  
Jours et heures de disponibilité par téléphone : \_\_\_\_\_  
Spécialité\* : \_\_\_\_\_

## 2. STATUT CONCERNÉ PAR LE SINISTRE

Vous êtes à l'origine du dommage, votre statut lors du sinistre :

Libéral exclusif

Salarié exclusif

Nom de l'employeur :

Nom de l'assureur de l'employeur :

Dans l'hypothèse où vous n'êtes pas à l'origine du dommage, celui-ci a-t-il été occasionné par un salarié ?

Identité du salarié :

Identité de l'employeur du salarié :

Vous-même      SELARL, SCP...

Nom de l'assureur du salarié :

Si vous n'êtes pas l'employeur, nom de l'assureur de l'employeur :

\* Champ à remplir obligatoirement.

### 3. LA RÉCLAMATION

Date/période de soins\* :

Date de la réclamation\* :

Merci de **joindre à votre envoi la copie de la réclamation reçue** (convocation, assignation, courrier de la Commission de Conciliation et d'Indemnisation (CCI), lettre du patient, de son avocat, de son assureur, courrier du Conseil de l'Ordre...).

**La chute est intervenue :**

Dans la salle d'attente

Lors de la consultation/séance

Autre (à préciser) :

### 4. LE (LA) PATIENT(E)

Monsieur

Madame

Nom\* :

Prénom\* :

Date de naissance\* :

Décès :            Oui            Non            Date de décès :

Adresse mail :

Adresse postale

N° :                Rue :

Code postal :                            Ville :

Profession :

\* Champ à remplir obligatoirement.

#### SINISTRES RCP - DÉCLARATION DE CHUTE

Conformément à la réglementation applicable en France relative à la protection des données à caractère personnel et en particulier aux dispositions du Règlement européen (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 (RGPD) et de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, la MACSF, en tant que responsable de traitement, traite vos données personnelles à des fins de gestion de votre dossier de sinistre.

Vos données peuvent être également collectées et traitées dans le cadre de la lutte contre la fraude en assurance, contre le blanchiment et le financement du terrorisme ainsi que pour la gestion de vos réclamations et la prévention du risque médico-juridique, et ce conformément à la réglementation en vigueur.

Vos données seront conservées le temps nécessaire à la gestion de votre dossier de sinistre et seront archivées selon les durées de prescriptions légales.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, de limitation et de suppression de vos données personnelles. Vous pouvez également adresser vos directives concernant le sort de vos données post-mortem.

Pour exercer vos droits, vous pouvez adresser un courrier à la MACSF à l'adresse DPO MACSF – Secrétariat Général, Juridique et Conformité Groupe – 10 cours du Triangle de l'Arche – TSA 40100 – 92919 LA DEFENSE CEDEX, ou un courrier électronique à l'adresse [dpo@macsf.fr](mailto:dpo@macsf.fr).

Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés ([réclamation CNIL](#)). Pour en savoir plus, consultez notre [Charte de protection des données personnelles](#).

## macsf.fr

MACSF assurances | SIREN n° 775 665 631

Société d'Assurance Mutuelle | Entreprise régie par le Code des assurances

Siège social : Cours du Triangle, 10 rue de Valmy, 92800 PUTEAUX

Adresse postale : 10 cours du Triangle de l'Arche, TSA 40100, 92919 LA DEFENSE CEDEX | France