

## DECLARATION EN CAS D'ACCIDENT NON PROFESSIONNEL (incluant le trajet domicile - lieu de travail)

N° du contrat d'assurance groupe Prévoyance MGEN Vie : **N°MGENIB1100432NNP - Assurance accidents non-professionnels**

Couverture d'assurance concernée :  Frais de traitement illimités  Capital décès  Capital invalidité

N° dossier Prévoyance MGEN Vie (à compléter par MGEN) : \_\_\_\_\_

### 1. LE PRENEUR D'ASSURANCE

AMFI-GPAFI

Téléphone : +4122 799 99 99

Palais des Nations

Adresse courriel : gpafi@un.org

1211 Genève 10

### 2. L'ADHÉRENT (PERSONNE ASSURÉE)

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Adresse privée : \_\_\_\_\_

Téléphone privé : \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

*Coordonnées bancaires de l'Adhérent accompagnées d'un RIB (\*):*

Numéro de votre compte bancaire (IBAN) : \_\_\_\_\_

Nom et adresse complète de la banque : \_\_\_\_\_

Code Swift de la banque : \_\_\_\_\_

*(\*) à renseigner uniquement pour le règlement du capital invalidité ou le remboursement de frais de traitement.*

### 2BIS. LA PERSONNE DÉCLARANTE (PERSONNE AUTORISÉE OU REPRÉSENTANT LÉGAL DE L'ADHÉRENT)

**Attention : si l'état de santé de l'Adhérent ne lui permet pas de compléter la déclaration d'accident, celui-ci doit être complété par une personne autorisée ou un représentant légal dont l'identité doit être indiquée ci-dessous :**

Lien de parenté ou d'alliance avec l'Adhérent : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Adresse privée : \_\_\_\_\_

Téléphone privé : \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

### 3. ACCIDENT

#### a. Date de l'accident

Jour : \_\_\_\_\_ Mois : \_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_ Heure, minute : \_\_\_\_\_

#### b. Détails de l'accident

##### i. Lieu de l'accident

Où l'accident est-il survenu ? (lieu, endroit)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

##### ii. Constatations

Qui a procédé aux constatations ?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

##### iii. Description de l'accident (\*)

Activité au moment de l'accident, déroulement de l'accident, personnes impliquées, machines, objets, véhicules, produits ayant joué un rôle dans l'accident

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

##### iv. Une enquête a-t-elle été diligentée ?

Oui  Non

Nom(s) du(es) témoin(s) ?

\_\_\_\_\_

Ont-ils été entendus ?  Oui  Non

##### v. Blessures

Partie du corps atteinte (gauche/droite)

\_\_\_\_\_

Nature de la lésion

\_\_\_\_\_

(\*) Vous pouvez compléter la description de l'accident sur papier libre et la joindre à votre déclaration d'accident.

#### c. Incapacité de travail (à renseigner uniquement pour une déclaration d'invalidité)

Quand le travail a-t-il été interrompu ?

Jour : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

Si le travail a été repris, à quelle date ?

\_\_\_\_\_

à plein temps  à temps partiel \_\_\_\_\_ %

#### d. Informations relatives aux médecins

Premiers soins par (médecin, hôpital, clinique)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Suite du traitement par (médecin, hôpital, clinique)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**e. Autres assurances (à renseigner uniquement pour une déclaration d'invalidité)**

Existe-t-il une autre assurance pour le présent sinistre (assurance accidents, maladie et/ou responsabilité civile) ?  Oui  Non

Si oui, laquelle (mentionner l'adresse) ? \_\_\_\_\_

**4. PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL**

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (dit « Règlement général sur la Protection des données »), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de vos données personnelles. Lorsqu'un consentement est nécessaire au traitement, vous avez le droit de le retirer. Sous certaines conditions réglementaires, vous pouvez demander la limitation du traitement ou de vous y opposer. Toute demande d'exercice de ses droits peut être adressée au Délégué à la Protection des Données du Groupe VYV, Tour Montparnasse - 33, avenue du Maine - BP 245 - 75755 Paris Cedex 15 - [dpo@groupe-vyv.fr](mailto:dpo@groupe-vyv.fr).

Les données de santé, dont le traitement est nécessaire aux fins de l'exécution des obligations propres à MGEN Vie et de l'exercice des droits des assurés eux-mêmes, peuvent être traitées dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance. Ces données sont exclusivement destinées au GPAFI et au médecin conseil de MGEN Vie. L'exercice de droits s'effectue par courriel, à l'attention du médecin conseil : [medical@vyv-ib.com](mailto:medical@vyv-ib.com).

**5. ACCEPTATION DE L'ADHÉRENT OU DE LA PERSONNE DÉCLARANTE**

Par sa signature, ci-dessous, l'Adhérent ou la personne déclarante, selon le cas, donne son accord au traitement de ses données personnelles, et celles de l'Adhérent le cas échéant, notamment celles relatives à la santé, qui sont nécessaires à la gestion et l'exécution du contrat d'assurance, et dans la mesure où ce traitement est requis pour déterminer le caractère accidentel du sinistre et pour procéder à la liquidation des prestations. Il peut retirer son consentement à tout moment, sans que ce retrait ne compromette la licéité du traitement, antérieur au retrait, fondé sur le consentement.

**6. OÙ RENVoyer LA DÉCLARATION D'ACCIDENT NON PROFESSIONNEL ?**

Afin que votre demande puisse être considérée, veuillez vous assurer d'avoir répondu à toutes les questions posées et signé la déclaration d'accident. Cette dernière doit ensuite être envoyée au GPAFI, accompagnée de tous les justificatifs liés à l'accident, aux adresses suivantes :

Par courriel : [gpafi@un.org](mailto:gpafi@un.org)

ou

Par courrier postal : GPAFI, Palais des Nations, 1211 Genève 10, Suisse.

La déclaration d'accident sera transmise par le GPAFI au Service Gestion Prévoyance de l'Organisme assureur, VYV International Benefits (VYV IB), 3-7 Square Max Hymans, 75648 Paris Cedex 15, qui en accusera réception et vous communiquera un numéro de dossier.

Les éventuelles pièces justificatives complémentaires qui pourraient alors vous être demandées par VYV IB devront lui être transmises directement et par courriel à l'adresse : [gpafi@vyv-ib.com](mailto:gpafi@vyv-ib.com).

Lieu et date : \_\_\_\_\_

Signature de l'Adhérent ou de la  
personne déclarante

Visa du GPAFI pour validation :