Groupama

PVL5006001SISI2026731620

QUESTIONNAIRE DE DECLARATION D'ACCIDENT DE LA VIE PRIVEE
Accident avec conséquences corporelles

Les éléments demandés nous sont indispensables pour une bonne gestion de votre dossier, nous nous engageons à en respecter la confidentialité

1. RENSEIGNEMENT CONCERNANT L'ASSURE SOUSCRIPTEUR DU CONTRAT GAV

- Nom et Prénoms (en majuscules) : TALEC STEPHANE
- Adresse : 194 RUE DES MOUISES
  45130 BACCON
- Numéro de téléphone (Domicile – Travail - Portable) : 06 15 82 71 33
- Adresse e-mail : stephane.talec@pm.me
- Date de naissance : 04/08/1974
- N° de contrat GAV : 4018 5449 0009

2. RENSEIGNEMENT CONCERNANT L'ASSURE BLESSE

- Nom et prénoms (en majuscules) : TALEC JOSSELIN
- Adresse : 194 RUE DES MOUISES
  45130 BACCON
- Date de naissance : 25/10/2013
- Lien de parenté avec le souscripteur : Enfant
- Profession : /
- Salarié : oui ☐ non ☒
- Employeur(s) : nom et adresse
- Salaires ou revenus annuels net (joindre justificatifs):

• Etes vous affilié à :

- la Sécurité Sociale Régime général ou particulier ..... ☐ OUI ☐ NON
- la Mutualité Sociale Agricole ..... ☒ OUI ☐ NON
- la C.A.N.A.M. ..... ☐ OUI ☐ NON
  (Régime Maladie et Accident des travailleurs non salariés des professions non agricoles)
- Autres (à préciser) : ..... ☐ OUI ☐ NON

• N°d'immatriculation : 174081030192 9

• Dénomination et adresse de l'organisme social : .....

.....

• L'accident a-t-il été déclaré à cet organisme : ☐ OUI ☒ NON

• Bénéficiez-vous avant l'accident d'une pension d'invalidité ? ☐ OUI ☒ NON

Si oui, de quelle catégorie ?

☐ **Sécurité Sociale** Si oui, pour quel taux d'incapacité ? .....

☐ **COTOREP** Si oui, pour quel taux d'incapacité ? .....

☐ **Militaire** Si oui, pour quel taux d'incapacité ? .....

☐ **Droit Commun** Si oui, pour quel taux d'incapacité ? .....

☐ **Accident du travail** Si oui, pour quel taux d'incapacité ? .....

☐ **Autre** (préciser le nom du régime et le taux d'incapacité) : .....

• Bénéficiez-vous d'un régime de prévoyance complémentaire (mutuelle) ? ☐ OUI ☐ NON

- Nom, adresse de l'organisme : Contrat Groupe Groupama IVL -

.....

.....

- Numéro d'affiliation : 21442510000301

3. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Votre chronologie des faits : (à compléter éventuellement, si nécessaire, sur du papier libre, à joindre au présent questionnaire)

Important, veuillez préciser le nom du ou des éventuels auteurs responsables, les dates et circonstances de cet accident

En fin de camp scout, un camarade de Josselin faisait de grands gestes avec un bord marteau. Le marteau s'est envolé et a percuté Josselin au visage. Ça s'est passé le 27/07.
Le tiers responsable est GAYSON GAUTHIER

- L'accident est-il survenu :

- pendant le travail	☐ **OUI**	☐ **NON**
- pendant le trajet domicile => lieu de travail ?	☐ **OUI**	☐ **NON**
- dans le cadre de la vie privée ?	☒ **OUI**	☐ **NON**
• Ya t il des témoins de l'accident ?	☒ **OUI**	☐ **NON**

- Si oui, précisez leurs noms et leurs coordonnées :

Benoît de la Rochefoucauld – 06 29 15 00 92

• Implication potentielle d'un tiers susceptible d'être responsable ? ☒ **OUI** ☐ **NON**

- Si oui, précisez son nom et ses coordonnées :

Gayson Gauthier
3 résidence du Clos du Moulin 45800 ST JEAN DE BRAYE
06 51 77 36 55 (Maman : Nina Obre)

• Implication potentielle d'un véhicule terrestre à moteur ? ☐ **OUI** ☒ **NON**

- Si oui, merci de l'identifier (immatriculation, numéro de série, coordonnées assureur...) et en cas d'assurance à Groupama Paris Val de Loire nous vous invitons à nous le préciser en nous communiquant également le numéro de contrat :

.....

• Nature du préjudice :

- Description du préjudice subi :

Choc à une dent

.....

.....

- Conservez-vous des séquelles à l'heure actuelle ? ☒ **OUI** ☐ **NON**

- Si oui, préciser la nature de ces séquelles :

Cf compte rendu médical. La dent est douloureuse et bouge

.....

.....

- Poursuivez-vous un traitement ou des soins ? ☐ **OUI** ☒ **NON**

- Si oui, préciser la nature de ces soins et traitements :

.....

.....

.....

- Une nouvelle intervention est-elle programmée ? ☐ **OUI** ☒ **NON**

- Si oui, préciser la nature de l'intervention, sa finalité, et la date à laquelle elle devrait être effectuée :

.....

.....

.....

- Avez-vous pu reprendre vos activités professionnelles ?

☐ **OUI** (précisez la date) ..... ☐ **NON**

4. ETAT DES DEMARCHES EFFECTUEES

• Avez-vous engagé une action devant :

☐ La juridiction civile ou administrative à l'encontre d'un responsable éventuel

☐ Le Fonds de Garantie des Victimes d'Infractions

- Si oui, état actuel de la procédure : .....

☐ Autres actions : .....

• Avez-vous été contacté directement par la société d'assurance d'un des éventuels responsables, ou informé de ces coordonnées :

☐ **OUI** ☒ **NON**

- Si oui, préciser la dénomination de cette société, le nom de son assuré, ses références complètes, et les motifs de la prise de contact :

Assurée : Nina Obre

Assurance : CARDIF IARD

n° contrat : 1960007 81971 E

.....

.....

NB : Pièces à joindre au présent questionnaire

- Toutes les pièces médicales en votre possession (ordonnances, bulletins d'hospitalisation, certificats médicaux...). Sur ce point nous attirons votre attention sur le fait que vous pouvez obtenir votre dossier médical sur demande de votre part, présentée par l'intermédiaire du médecin que vous désignerez. Ces pièces médicales seront à adresser sous pli confidentiel au médecin conseil de Groupama Paris Val de Loire.

- **Tous les courriers** que vous avez pu échanger ou recevoir avec les différents protagonistes

- **Toutes pièces de procédure** que vous avez reçues concernant l'accident médical en cause

Les informations collectées sont indispensables à la gestion du sinistre. Un défaut de réponse, une réponse tardive ou incomplète peut avoir pour effet de retarder l'étude du dossier et le versement d'une indemnisation.

DONNEES A CARACTERE PERSONNEL
Les données personnelles traitées par l'Assureur, destinées au personnel chargé de l'exécution des contrats, sont nécessaires à la gestion du sinistre et aux fins d'indemnisation. Elles peuvent également être utilisées à des fins de lutte contre la

fraude (et à ce titre conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude), ou pour l'exécution de dispositions légales, réglementaires ou administratives en vigueur
Concernant les données médicales, je donne mon accord exprès pour qu'elles soient collectées et transmises dans le cadre des finalités précitées, sachant qu'elles seront traitées dans le strict respect de la confidentialité médicale par le médecin conseil ou un gestionnaire habilité, et autres personnes habilitées si nécessaire (notamment experts médicaux).

Les données collectées seront conservées le temps nécessaire à la gestion du sinistre et jusqu'à expiration des délais de prescription légaux.

Je sais d'autre part que les informations recueillies seront nécessaires en cas d'indemnisation.
En application de la réglementation relative à la protection des données personnelles, je dispose d'un droit d'accès, de rectification et de suppression concernant ces données en contactant « Madame Myriam PANDOR» en charge de mon dossier mentionné en haut du présent document.

A BALLON le 02/08/2026
Signature

Nom et Prénom du signataire : TAREC Stéphane (Père)
(Indiquez votre qualité si vous n'êtes pas la victime)

Le signataire demande que les correspondances concernant ce dossier :

☒ Lui soient adressées,
☐ Soient adressées à : .....
.....

☒ Donne mandat à GROUPAMA pour intervenir dans la défense de ses intérêts