

## POURQUOI REMPLIR CE FORMULAIRE ?

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

RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS à transmettre à l'attention du  
Dr Thierry HOUSELSTEIN, Directeur médical

- 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

Libéral exclusif  
Hospitalier exclusif                      Salarié exclusif  
Nom de l'établissement/employeur : \_\_\_\_\_  
Nom de l'assureur de l'établissement/employeur : \_\_\_\_\_  
Activité mixte (prise en charge à la fois en secteur libéral et public)  
Nom de l'établissement/employeur : \_\_\_\_\_  
Nom de l'assureur de l'établissement/employeur : \_\_\_\_\_  
Merci de nous apporter les précisions suivantes concernant ce sinistre :  
Consultation(s) pré opératoire(s) :                      Secteur privé                      Secteur public  
Intervention chirurgicale :                      Secteur privé                      Secteur public  
Suivi post opératoire :                      Secteur privé                      Secteur public  
Remplaçant libéral (joindre la copie de l'autorisation du Conseil de l'Ordre)

\* 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...).

### 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 D'UN SINISTRE PARAMÉDICAL

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