

Déclaration de sinistre

à transmettre dans les
15 jours à l'UDSP 2A

Concernant la victime

Nom..... Prénom.....

Adresse.....

CP..... Ville.....

☎..... Date de Naissance.....

SP Professionnel JSP PAT

SP Volontaire Vétéran Autre.....

Centre :..... Grade :.....

Salarié Prof. libérale Artisan Commerçant Agriculteur Fonctionnaire

Militaire Chômeur Etudiant Autre (à préciser) :.....

Employeur (Coordonnées) :.....

Concernant l'accident

Hors Service Commandé Service Commandé date...../...../.....

CONDITIONS dans lesquelles s'est produit l'accident.....

.....

.....

Siège et nature des lésions/dommages :.....

Arrêt de travail oui non

En cas d'accident de la circulation préciser :

Hospitalisation oui non

Tous Risques

Tiers

Accident causé par un tiers oui non (si oui, remplir le questionnaire au verso)

Je soussigné,.....

exerçant les fonctions de.....

Certifie exactes les informations déclarées ci-dessus.

À....., le.....

Cachet

Signature

Vu le....., à.....

par.....

Président de l'UDSP.

Cachet

Signature

ACCIDENT CAUSE PAR UN TIERS

Questionnaire complémentaire

Concernant le tiers responsable

Nom : Prénom :

Adresse :

CP : Ville :

☎ :

A-t-il été fait un constat ? oui non

Une plainte a-t-elle été déposée ? oui non

(joindre la copie de ces documents)

Concernant l'assurance du tiers responsable

Assurance :

Adresse :

.....

CP : Ville :

☎ : N° de contrat :

CONSEILS

- Déclarez au plus tôt votre accident à l'UDSP à l'aide de cet imprimé en l'envoyant à l'adresse suivante :

Union Départementale des Sapeurs-Pompiers

**Avenue du DR Noël Franchini
BP 552
20189 AJACCIO CEDEX 2**



**L'Assurance
qu'il vous faut
pour votre Asso !**

- Un sinistre automobile ? Déclarez dans les 48H ouvrées l'accident à votre assureur personnel (sans quoi nous ne pourrions intervenir)
- Il s'agit d'un contrat COMPLEMENTAIRE : il ne se substitue en aucun cas à tout autre organisme (SDIS, Sécurité Sociale, employeur, assureur auto personnel...)