

DÉCLARATION DE SINISTRE

À TRANSMETTRE DANS LES 30 JOURS À L'UDSP

Informations concernant la victime

Nom : Prénom :

Date de naissance : __ / __ / ____

Adresse :

CP : Ville :

Tél. Portable : __ / __ / __ / __ / __ Tél. Domicile : __ / __ / __ / __ / __

E- mail : **(obligatoire)**

SPV SPP PATS JSP Vétérans -75 ans Vétérans +75 ans

Autres (à préciser)

Salarié Prof .libérale Artisan Commerçant Agriculteur

Fonctionnaire Militaire Chômeur Etudiant Autres (à préciser)

Nom de l'employeur :

Informations concernant l'accident

Hors Service Commandé Service Commandé Date : __ / __ / ____

Conditions dans lesquelles s'est produit l'accident :

.....
.....
.....

Arrêt de travail : Oui Non

Hospitalisation supérieure à 3 jours Oui Non

Accident causé par un tiers : Oui (remplir le verso de ce document) Non

Votre véhicule est assuré : Tous risques Tiers

Je soussigné,
exerçant les fonctions de
certifie exactes les informations déclarées ci-dessus.

À Le
Cachet et signature

Vu par
président(e) de l'UDSP ou par délégation

À Le
Cachet et signature

***SC: Faire signer par votre Chef de centre ou adjoint**

***HSC: Faire signer par votre Président d'amicale**

L'ACCIDENT A ÉTÉ CAUSÉ PAR UN TIERS

À remplir uniquement si l'accident a été causé par une tierce personne

Informations concernant le tiers responsable

Nom : Prénom :

Adresse :

CP : Ville :

Tél. Portable : __ / __ / __ / __ / __ Tél. Domicile : __ / __ / __ / __ / __

E-mail :

A-t-il été fait un constat ? Oui Non

Une plainte a-t-elle été déposée ? Oui Non

(Si oui, joindre la copie du document)

Informations concernant l'assurance du tiers responsable

Assurance :

Adresse :

CP : Ville :

Tél. : __ / __ / __ / __ / __

N° de contrat :

Les informations collectées par le biais de ce formulaire sont obligatoires. Elles font l'objet d'un traitement destiné à l'exécution du présent contrat. A cette fin, la MNSPF vous informe qu'elle peut être amenée à traiter des données dites "sensibles" et notamment relatives à la santé. A ce titre, la MNSPF vous garantit la mise en œuvre de toutes les mesures techniques et organisationnelles nécessaires à la préservation de la confidentialité ainsi que de la sécurité de vos données. Dans ce cadre, la MNSPF peut être amenée à transmettre ces informations à l'assureur, le cas échéant ses délégués et leurs prestataires ainsi qu'à tout organisme contribuant à l'exécution du présent contrat.

Conformément à la réglementation en vigueur et notamment au règlement (UE) 2016/679 et à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, l'assuré, et le cas échéant le tiers responsable, bénéficie(nt) d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui le(s) concernent. S'il(s) souhaite(nt) exercer ce droit et obtenir communication des informations le(s) concernant, il(s) est/est invité(s) à nous adresser leur demande à MNSPF - Service Relation Adhérents, 6 boulevard Déodat de Séverac - CS 60327 - 31773 COLOMIERS ou par e-mail à servicerelationadherent@mnsfp.fr



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

*UDSP de la Gironde
56, Cours Maréchal Juin
33000 BORDEAUX*



Il s'agit d'un contrat complémentaire : il ne se substitue en aucun cas à tout autre organisme (SDIS, Sécurité sociale, employeur)