



DÉCLARATION DE SINISTRE

À TRANSMETTRE DANS LES 15 JOURS À L'UDSP

Informations concernant la victime

Nom : Prénom :

Date de naissance : __ / __ / ____

Adresse :

CP : Ville :

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

E-mail :

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.

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

À Le
Cachet et signature

À Le
Cachet et signature



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 Vienne
11 avenue Galilée
86961 CHASSENEUIL DU POITOU



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

Mutuelle nationale des sapeurs-pompiers de France - Siège social : 32 rue Bréguet - 75011 Paris - Siège administratif : 6 boulevard Déodat de Séverac CS 60 327 - 31773 COLOMIERS Cedex. Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire Sirène sous le Numéro SIREN 776 949 760. Mutuelle substituée par la mutuelle VIASANTÉ, Siège social 104-110, boulevard Haussmann - 75008 PARIS. Mutuelle immatriculée sous le n° SIREN 777 927 120 et régie par le livre II du Code de la Mutualité.

Contrat Fédéral
Associatif
SAPEURS • POMPIERS
DE FRANCE