



## 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  Vétérán -75 ans  Vétérán +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 : .....

.....  
.....

Siège et nature des lésions : .....

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 : .....



**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 du Doubs  
10 Chemin de la Clairière  
25000 BESANÇON*



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