

Concernant la victime

Nom..... Prénom.....

Adresse.....

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

☎..... Date de Naissance

SP Professionnel JSP PAT

SP Volontaire Vétérain 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

Hospitalisation oui non

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

Je soussigné,.....
Président de l'amicale de.....
Certifie exactes les informations déclarées ci-dessus.
À....., le.....
Cachet Signature

Vu le, à,
par.....
Président de l'Union Départementale.
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 du Pas-de-Calais

18 Rue René Cassin

BP 20077

62052 SAINT LAURENT BLANGY CEDEX

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...)



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