



## 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](mailto: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 :**

*Union Départementale des Sapeurs-Pompiers du Calvados  
Péricentre 5 - Bâtiment D - 4ème étage  
82, avenue de Thiès  
14000 CAEN*

**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