Contrat Fédéral Associatif SAPEURS - POMPIERS DE FRANCE

UNION DÉPARTEMENTALE SAPEURS - POMPIERS JURA

# 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 ❑Vétéran -75 ans ❑Vétéran +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.

À ..... Le .....
Cachet et signature

Vu par .....

président(e) de l'UDSP du Jura
ou par délégation .....

À ..... Le .....
Cachet et signature

Contrat Fédéral Associatif SAPEURS - POMPIERS DE FRANCE