

# 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 :**

*UDSP du Jura  
Rue des Hirondelles  
39400 MORBIER*



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