

## 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

Activités Associatives     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 délégataires 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/sont 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 [servicerelationadhérent@mnsf.fr](mailto:servicerelationadhérent@mnsf.fr)

**Déclarez au plus tôt votre accident à l'UDSP à l'aide de cet imprimé en l'envoyant à l'adresse suivante :**



*UDSP du Doubs  
1 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)**