

## 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 au sein du bureau de l'amicale,  
les fonctions de .....  
certifie exactes les informations déclarées ci-dessus.

À ..... Le .....

Cachet et signature

Vu par .....

président(e) de l'UDSP ou par délégation

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 [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 :**



*UDSP des Alpes Maritimes  
262, avenue Sainte Marguerite  
Immeuble Le Baou - Porte A  
06200 NICE*



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