



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 ☐ Vétérant -75 ans ☐ Vétérant +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 des Deux-Sèvres
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 :



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

UDSP des Deux-Sèvres
100, rue de la Gare
CS 40019
79185 CHAURAY CEDEX



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