

## 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) : .....

Date d'adhésion : \_\_ / \_\_ / \_\_

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

### Informations concernant le décès

Activité Associative  Service Commandé  Vie privée Date : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Cause du décès :  Maladie  Accident  Suicide  Autre

Sit. familiale :  Célibataire  Marié(e)  Vie maritale  Veuf(ve)  Divorcé(e)  Séparé(e)

Nbre d'enfant à charge : .....

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 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 du Cantal  
86 avenue de Conthe  
15006 AURILLAC cedex*



**Il s'agit d'un contrat complémentaire : il ne se substitue en aucun cas à tout autre organisme (SDIS, Sécurité sociale, employeur)  
Un sinistre automobile ? Déclarez le dans les 48h ouvrées à votre assureur personnel ( sans quoi nous ne pourrons intervenir)**