

DÉCLARATION DE SINISTRE

À TRANSMETTRE DANS LES 15 JOURS À L'ADMJSP

Informations concernant la victime

Nom : Prénom :

Date de naissance : __ / __ / ____

Adresse :

CP : Ville :

Tél. Portable : __ / __ / __ / __ / __ Tél. Domicile : __ / __ / __ / __ / __

E-mail :

SPV SPP PATS JSP Vétérán -75 ans Vétérán +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'ADMJSP.....
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'ADMJSP à l'aide de cet imprimé en l'envoyant à l'adresse suivante :

Mutuelle nationale des sapeurs-pompiers de France
6, Boulevard Déodat de Séverac
BP 60387
31773 COLOMIERS CEDEX



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