

QUESTIONNAIRE DE DECLARATION D'ACCIDENT

DOMMAGES CORPORELS / BRIS DE LUNETTES

UNION DEPARTEMENTALE DES SAPEURS POMPIERS DU NORD

DATE DE L'ACCIDENT :

HEURE :

LIEU DE L'ACCIDENT :

VICTIME :

NOM, PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE EXACTE :

SITUATION DE FAMILLE :

PROFESSION :

CENTRE D'APPARTENANCE :

GRADE :

STATUT : SPV SPP PATS VETERAN SP

REGIME SOCIAL : SALARIE
 SALARIE AGRICOLE
 EXPLOITANT AGRICOLE
 INDEPENDANT
 FONCTIONNAIRE

MUTUELLE COMPLEMENTAIRE :

L'ACCIDENT ENTRAINE-T-IL UN ARRET DE TRAVAIL ? OUI NON

SI OUI, UNE PERTE DE SALAIRE SERA-T-ELLE CONSTATEE ? OUI NON

SI OUI, UNE PERTE DE PRIME A POSTERIORI SERA-T-ELLE CONSTATEE ? OUI NON

NATURE DE LA MANIFESTATION AU COURS DE LAQUELLE L'ASSURE A ETE BLESSEE :

CAUSES ET CIRCONSTANCES PRECISES DE L'ACCIDENT :

CET ACCIDENT A-T-IL ETE DECLARE EN SERVICE ? OUI NON

UN CONSTAT A-T-IL ETE FAIT ? OUI NON

UNE PLAINTE A-T-ELLE ETE DEPOSEE ? OUI NON

N° DU PROCES VERBAL :

NOMS ET ADRESSES DES TEMOINS DE L'ACCIDENT :

Signature de la victime

Signature et Cachet du Président d'Amicale

Nom et Prénom :