

# QUESTIONNAIRE DE DECLARATION D'ACCIDENT

## DOMMAGES CORPORELS / BRIS DE LUNETTES

*S'il s'agit d'un accident de sport survenu pendant une compétition sous l'égide d'une Fédération Sportive (avec licence), l'accident est alors à déclarer à votre club et non à l'Union*

### UNION DEPARTEMENTALE DES SAPEURS POMPIERS DE LA MARNE

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

MUTUELLE COMPLEMENTAIRE : .....

SALARIE AGRICOLE

EXPLOITANT AGRICOLE

INDEPENDANT

FONCTIONNAIRE

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 :