

UNION DEPARTEMENTALE DES SAPEURS POMPIERS DES LANDES

QUESTIONNAIRE DE DECLARATION D'ACCIDENT DOMMAGES CORPORELS / BRIS DE LUNETTES

AMICALE :

VICTIME

NOM : _____ **PRENOM :** _____

ADRESSE EXACTE : _____

E-MAIL : _____ **PORTABLE :** _____

DATE DE NAISSANCE : _____

STATUT : SPV SPP PATS VETERAN SP GRADE :

REGIME SOCIAL : SALARIE SALARIE AGRICOLE EXPLOITANT AGRICOLE

INDEPENDANT FONCTIONNAIRE

PROFESSION : _____

REGIME COMPLEMENTAIRE : OUI NON SI OUI, LEQUEL :

DATE DE L'ACCIDENT :

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

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

CAUSES ET CIRCONSTANCES PRECISES DE L'ACCIDENT :

UN CONSTAT A-T-IL ETE FAIT ? OUI NON N° DU PROCES VERBAL :

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

NOMS ET ADRESSES DES TEMOINS DE L'ACCIDENT :

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

Signature de la victime

Signature et Cachet du Président d'Amicale