

ASSURANCE NATIONALE DES SAPEURS-POMPIERS

DOSSIERS D'ACCIDENTS

NOTICE

HORS SERVICE	EN SERVICE
<u>L'indemnisation se fait par :</u>	
1) L'assurance Maladie Obligatoire 2) L'assurance Complémentaire personnelle 3) L'assurance Complémentaire Union	1) L'assurance du Service Départemental d'Incendie 2) L'assurance Complémentaire Union
<u>Dans les deux cas, fournir pour l'assurance Union, dès la survenance de l'accident :</u> <ul style="list-style-type: none"> - Le questionnaire de déclaration d'accident corporel complété et signé * (par la victime et le Président d'Amicale) - Le certificat médical initial descriptif des blessures 	
<u>Conjointement :</u>	
Adresser les feuilles de soins et d'arrêt au Régime Maladie Obligatoire (Sécurité Sociale ou autre) Ensuite le dossier sera transmis à la Complémentaire personnelle	Suivre la procédure indiquée par le SDIS
ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE DE L'UNION – FOURNIR (selon votre cas) :	
<ul style="list-style-type: none"> - Bulletin de situation comportant la date d'entrée et de sortie (si hospitalisation supérieure à 3 jours) - Certificat médical d'arrêt de travail et de prolongation éventuelle - Certificat médical de reprise du travail - Justificatifs de perte de salaire : <ul style="list-style-type: none"> * <u>Salariés</u> : > Attestation à faire compléter par l'employeur > 3 derniers bulletins de salaire > Originaux des décomptes de remboursement du Régime Maladie pour les indemnités journalières <u>Artisans, commerçants, professions libérales, agriculteurs</u> : > 3 derniers avis d'imposition <u>Chômeurs</u> : > Décomptes des indemnités ASSEDIC > Originaux des décomptes de remboursement du Régime Maladie pour les indemnités journalières <u>Etudiants</u> : > Photocopie de la carte d'étudiant - Justificatif de perte de prime : > Attestation à faire compléter par l'employeur * - Justificatifs des frais médicaux restés à charge (ordonnances, factures, et originaux des décomptes de remboursement tous organismes (sécurité sociale et mutuelle) OU justificatifs de l'absence de régime - Certificat médical de guérison ou consolidation 	<ul style="list-style-type: none"> - Bulletin de situation comportant la date d'entrée et de sortie (si hospitalisation supérieure à 3 jours) - Certificat médical d'arrêt de travail et de prolongation éventuelle - Certificat médical de reprise du travail - Justificatif de perte de prime : > Attestation à faire compléter par l'employeur * - Justificatifs des frais médicaux restés à charge (selon garanties souscrites par l'Union) - Certificat médical de guérison ou consolidation
BRIS DE LUNETTES – AUTRES PROTHÈSES <ul style="list-style-type: none"> - Facture de remplacement - Originaux Décomptes Sécurité Sociale et Mutuelle ou notification du refus de prise en charge 	PROTHESES DENTAIRES <ul style="list-style-type: none"> - Certificat médical descriptif établi par le chirurgien dentiste - Facture de remplacement - Originaux Décomptes Sécurité Sociale et Mutuelle ou notification du refus de prise en charge

HORS SERVICE	EN SERVICE
INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE	
<ul style="list-style-type: none"> - Certificat médical de consolidation avec séquelles 	<ul style="list-style-type: none"> - Certificat médical de consolidation avec séquelles - Procès Verbal de la Commission de Réforme statuant sur le taux d'invalidité - Notification d'attribution d'une rente ou allocation de la Caisse des Dépôts et Consignations
DECES	
<ul style="list-style-type: none"> - Questionnaire de déclaration de décès * - Certificat médical exprimant précisément les causes du décès - Acte de décès - Acte de naissance - Copie du livret de famille - Certificat d'hérédité (s'il y a lieu) - Dernier avis d'imposition - Certificat de scolarité pour les enfants à charge 	<ul style="list-style-type: none"> - Questionnaire de déclaration de décès * - Avis d'imputabilité au Service Commandé - Certificat médical exprimant précisément les causes du décès - Acte de décès - Acte de naissance - Copie du livret de famille - Certificat d'hérédité (s'il y a lieu) - Dernier avis d'imposition
DOMMAGES CAUSES AUX VEHICULES	
<ul style="list-style-type: none"> - Questionnaire de déclaration de dommages automobiles dûment complété et signé * - Attestation de l'assureur personnel * - Copie du constat amiable (s'il y a lieu) - Copie de dépôt de plainte en cas de vol ou dégradations 	<ul style="list-style-type: none"> - Questionnaire de déclaration de dommages automobiles dûment complété et signé * - Attestation de l'assureur personnel * - Copie du constat amiable (s'il y a lieu) - Copie de dépôt de plainte en cas de vol ou dégradations
RESPONSABILITE CIVILE	
<ul style="list-style-type: none"> - Questionnaire de déclaration de dommages matériels * - Lettre de mise en cause émanant du lésé - Devis de réparation ou de remplacement - Photos du dommage (si la réparation s'avère indispensable avant passage de l'expert) - Facture de réparation ou de remplacement 	<p>Suivre la procédure indiquée par le SDIS</p>

** Tout formulaire est laissé à disposition de l'Amicale ou du Sapeur Pompier par l'Union Départementale (contacter le secrétariat ou le chargé des assurances de votre Union).*

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 DU RHONE

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 :

QUESTIONNAIRE DE DECLARATION

DECES

UNION DEPARTEMENTALE DES SAPEURS POMPIERS DU RHONE

AMICALE DE

DATE DE DECES :

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 JSP VETERAN SP

REGIME SOCIAL : SALARIE
 SALARIE AGRICOLE
 EXPLOITANT AGRICOLE
 INDEPENDANT
 FONCTIONNAIRE

NATURE DE LA MANIFESTATION AU COURS DE LAQUELLE LA VICTIME EST DECEDEE :

CAUSES ET CIRCONSTANCES PRECISES DU DECES :

CET ACCIDENT A-T-IL ETE DECLARE EN SERVICE ? OUI NON
(Dans l'affirmative, joindre la copie du Procès Verbal de la Commission de Réforme sapeur pompier)

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 :

**SIGNATURE DU PRESIDENT DE L'AMICALE
ET CACHET**

QUESTIONNAIRE DE DECLARATION
Jeunes Sapeurs Pompiers

DOMMAGES CORPORELS / BRIS DE LUNETTES

UNION DEPARTEMENTALE DES SAPEURS POMPIERS DU RHONE

SECTION DE :

DATE DE L'ACCIDENT :

HEURE :

LIEU DE L'ACCIDENT :

VICTIME :

NOM, PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE EXACTE :

NIVEAU DE SCOLARITE :
OU PROFESSION (SI APPRENTI) :

CENTRE D'APPARTENANCE :

REGIME SOCIAL DES PARENTS : .. SALARIE
 .. SALARIE AGRICOLE
 .. EXPLOITANT AGRICOLE
 .. INDEPENDANT
 .. FONCTIONNAIRE

ORGANISME COMPLEMENTAIRE (MUTUELLE) : .. OUI .. NON

SI OUI LEQUEL :

NATURE DE LA MANIFESTATION AU COURS DE LAQUELLE LA VICTIME A ETE BLESSEE :

CAUSES ET CIRCONSTANCES PRECISES DE L'ACCIDENT :

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

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

NOMS ET ADRESSES DES TEMOINS DE L'ACCIDENT :

SIGNATURE DE LA VICTIME

**SIGNATURE DU PRESIDENT DE L'ASSOCIATION
ET CACHET**

QUESTIONNAIRE DE DECLARATION

DOMMAGES MATERIELS METTANT EN JEU
LA RESPONSABILITE CIVILE DE L'ASSOCIATION

UNION DEPARTEMENTALE DES SAPEURS POMPIERS DU RHONE

AMICALE de :

DATE DE L'ACCIDENT :

HEURE :

LIEU DE L'ACCIDENT :

NATURE DE LA MANIFESTATION :

CIRCONSTANCES PRECISES DU DOMMAGE :

NATURE DES DOMMAGES :

IMPORTANT DES DOMMAGES : (+JOINDRE UN DEVIS DE REPARATION OU DE REMPLACEMENT)

NOM DU LESE : (+JOINDRE SON COURRIER DE RECLAMATION)

NOM DE L'AUTEUR PRESUME :

UN CONSTAT A-T-IL ETE FAIT ?	.. OUI	.. NON	PAR QUI :
UNE PLAINTE A-T-ELLE ETE DEPOSEE ?	.. OUI	.. NON	PAR QUI :

NOMS ET ADRESSES DES TEMOINS DE L'ACCIDENT :

DES DOMMAGES CORPORELS ONT-ILS ETE SUBIS ? .. OUI .. NON

**SIGNATURE DU PRESIDENT DE L'AMICALE
ET CACHET**

ATTESTATION DE PERTE DE PRIMES

UNION DEPARTEMENTALE DES SAPEURS POMPIERS DU RHONE

AMICALE de :

- Date du sinistre :

- Identité de la victime :

A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR :

Je soussigné :
(nom ou raison sociale et profession de l'employeur)

certifie que **M**
(nom et prénom de l'employé(e))

employé de mon entreprise, a fait l'objet d'un arrêt de travail

du au soit jours.

PERTE DE PRIMES CONSECUTIVE A CET ARRET DE TRAVAIL

A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR	
Nature de la prime :	Montant de la prime (NET) (Perte Réelle)

Fait à : le
pour servir et valoir ce que de droit.

Signature de la victime

**Signature de l'employeur
et cachet de l'entreprise**

ATTESTATION DE PERTE DE SALAIRE
Accident "Hors service"

UNION DEPARTEMENTALE DES SAPEURS POMPIERS DU RHONE

AMICALE de :

- Date du sinistre :

- Identité de la victime :

A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR :

Je soussigné :
(nom ou raison sociale et profession de l'employeur)

certifie que **M**
(nom et prénom de l'employé(e))

employé de mon entreprise, a fait l'objet d'un arrêt de travail

du au soit jours.

PERTE DE SALAIRE CONSECUTIVE A CET ARRET DE TRAVAIL

A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR	
Salaire réel qui aurait normalement dû être versé pendant l'arrêt de travail <u>SALAIRE NET</u>	Somme (<u>nette</u>) effectivement versée par l'employeur durant cette période (notamment au titre d'accords d'entreprise, compléments divers, etc)

Fait à : le
pour servir et valoir ce que de droit.

Signature de la victime

**Signature de l'employeur
et cachet de l'entreprise**

Cette attestation dûment complétée est à retourner à l'assureur ci-dessus indiqué accompagnée :

- des **ORIGINAUX** des décomptes des indemnités journalières de la Sécurité Sociale,
- de la photocopie des trois derniers bulletins de salaire (avant l'accident).