

Votre Union Départementale a souscrit le Contrat Fédéral Associatif, auprès de la Mutuelle nationale des sapeurs-pompiers de France. Afin de vous permettre de connaître les risques assurés et les démarches à effectuer, nous avons le plaisir de vous adresser ce guide pratique.

### Votre interlocuteur en cas d'accident

Pour la prise en charge d'un accident, vous devez compléter la Déclaration de Sinistre et de la transmettre à :

#### **Union Départementale des Sapeurs-Pompiers de Saône-et-Loire**

**Centre d'Incendie et de Secours**

**9, rue du Capitaine Priet**

**71300 MONTCEAU LES MINES**

☎ : 09 61 49 14 24

secretariat@pompiers71.fr



### Fonctionnement du Contrat Fédéral Associatif

- **CHAMPS D'INTERVENTION** : le Contrat Fédéral Associatif intervient pour les activités Hors Service Commandé et en complément du Service Commandé.
- **BENEFICIAIRES** :  
L'UDSP et les Amicales adhérentes à l'UD (personnes morales)  
Les actifs (pompiers et PATS), les vétérans et les JSP, membres de l'UD (personnes physiques)
- **Le Contrat Fédéral Associatif** est un **contrat complémentaire** : il vient en complément des prestations perçues. Pensez à effectuer vos démarches auprès des organismes (SDIS, Sécurité Sociale, employeur, assureur auto personnel...)

**Hors Service commandé** : toute activité à caractère récréatif, sportif ou social qui dépend directement d'une participation active au sein d'une association, amicale, association de secourisme affiliée à l'UDSP.



# SOCLE DE BASE HORS SERVICE COMMANDE

## *Responsabilité civile*

Assure les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile pouvant incomber à l'association.

### LA RESPONSABILITE CIVILE GENERALE DE L'ASSOCIATION

### LA RESPONSABILITE CIVILE PERSONNELLE DES DIRIGEANTS

### DEFENSE RECOURS CIVIL ET PENAL

### RESPONSABILITES SPECIFIQUES

Locaux occasionnels d'activité  
Vestiaires organisés  
Dommages aux biens confiés

## *Santé et prévoyance*

Indemnise les accidents corporels subis par un ou plusieurs membre(s) adhérent(s) assuré(s).

### FRAIS MEDICAUX

(SPP – SPV – PATS – Vétérans -75ans – JSP)

Frais de soins	300 % TRSS
Dépassements d'honoraires, soins hors nomenclature	1 500 €
Soins dentaires	50 IHO* / dent
Soins Optiques	50 IHO / an / adhérent
Autres prothèses	50 IHO
Indemnités journalières hospitalisation	4 IHO (du 4 <sup>ème</sup> au 365 <sup>ème</sup> j)

→ Pièces à transmettre en cas de sinistre :

- Décomptes Sécurité Sociale ou Régime Obligatoire.
- Décomptes complémentaire santé.
- Photocopie de la facture acquittée s'il y a lieu.
- Bulletin d'hospitalisation précisant les dates d'entrée et de sorties.
- Original de la facture acquittée d'ostéopathie, étiopathie, chiropractie.

\*IHO = 11,45 € depuis le 01/06/2016



# SOCLE DE BASE HORS SERVICE COMMANDE

## INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL

(SPP – SPV – PATS – JSP)

Indemnités journalières (6j/7)	
- Personnes exerçant une profession	12 IHO (maxi 3 ans)
- Autres personnes	4 IHO (maxi 3 ans)
- Frais supplémentaires SPV TNS	4 IHO (maxi 3 ans)
- Frais de remise à niveau scolaire	3 IHO (maxi 1 an)
Perte de prime	Perte réelle
Frais de reconversion professionnelle	7 320,00 €

→ Pièces à transmettre en cas de sinistre :

- Copie des avis d'arrêt de travail (initial, prolongation(s) et reprise).
- Certificat Médical de Constatation des Blessures.
- Bulletins de salaire des 3 mois précédents l'accident (pour toutes les autres catégories un justificatif des revenus perçus pendant les 3 derniers mois).
- Décompte de versement des indemnités journalières du régime obligatoire.
- Décompte de versement d'indemnités journalières d'un contrat prévoyance.
- Attestation de perte nette de prime.

## INVALIDITE

(SPP – SPV – PATS – JSP)

Invalidité totale	5 870 IHO
Invalidité partielle	Proportionnel au taux d'invalidité (seuil minimum d'intervention 10 %)

## DECES

(SPP – SPV – PATS – Vétérans -75ans – JSP)

Capital décès de base (réductible de 10 % par an pour les +65 ans)	3 160 IHO
Majoration pour situation familiale	
- Pour conjoint, concubin, PACS	1 580 IHO
- Par enfant à charge	790 IHO
Inclus la couverture AVC, infarctus, rupture d'anévrisme pour les actifs	
Frais funéraires	200 IHO

## ASSISTANCE AUX PERSONNES

(toutes catégories)

Frais de recherche, secours, rapatriement	1 980,00 €
IMA (Inter Mutuelle Assistance) ☎ 0 800 02 11 11 Réf assuré : M102491/D	Inclus

**S'agissant d'évènements particuliers, nous vous conseillons de vous rapprocher de votre Union Départementale.**



## Assurance auto

(Administrateurs et conseillers techniques)

En cas de sinistre automobile, votre Contrat Fédéral Associatif complète l'indemnisation versée par l'assureur personnel de l'adhérent, lui permettant ainsi une prise en charge maximale. C'est un contrat complémentaire : il ne se substitue en aucun cas à l'assureur personnel de l'intéressé.

Frais de réparation	1 500 € maximum (sans franchise)
Remboursement de la franchise	Dans la limite de 450 €
Compensation du malus	450 € (forfaitaire)
Frais d'immobilisation technique	30 €/j maximum 300 €
Domages au contenu du véhicule	1 500 €

→ Pièces à transmettre en cas de sinistre :

- Si l'adhérent est assuré tous risques :
  - Copie de la carte grise du véhicule endommagé,
  - Copie du constat amiable,
  - Attestation de l'assureur direct précisant le montant de l'indemnité versée, celui de la franchise retenue et s'il est fait application d'un « malus »
  - Copie du rapport d'expertise,
- Si l'adhérent est assuré « au tiers » :
  - Copie de la carte grise du véhicule endommagé,
  - Copie du constat amiable,
  - Attestation de l'assureur direct précisant qu'il n'intervient pas pour le sinistre car l'intéressé n'a pas souscrit la garantie,
  - Devis de réparation.

Attendez la décision de l'expert avant de vous séparer de votre véhicule.



## *Protection Juridique*

Couvrir l'association en cas de litiges avec d'autres personnes (fournisseurs, prestataires, administrations, employés...).

→ Pièces à transmettre en cas de litige :

- Une déclaration circonstanciée du litige.
- Les photocopies des pièces constitutives du dossier.

## *Invités et bénévoles*

Couverture complémentaire forfaitaire pour les invités et bénévoles participant aux manifestations organisées par l'UDSP et/ou les Amicales ayant souscrit la garantie. Ainsi en cas d'accident, vos invités et bénévoles sont pris en charge.

### **FRAIS DE SOINS**

Dépenses de santé 5 000 €

### **INVALIDITE PERMANENTE**

Invalidité de 5% à 65% Proportionnel au taux d'invalidité

Invalidité à partir de 66 % 40 000 €

**DECES** 10 000 €



# VOS OPTIONS EN SERVICE COMMANDE

## *Santé et prévoyance*

Indemnise les accidents corporels subis par un ou plusieurs membre(s) adhérent(s) assuré(s).

### **FRAIS MEDICAUX**

(SPP – SPV – PATS)

Frais de soins	300 % TRSS
Dépassements d'honoraires, soins hors nomenclature	1 500 €
Soins dentaires	50 IHO* / dent
Soins Optiques	50 IHO
Autres prothèses	50 IHO
Indemnités journalières hospitalisation	4 IHO (du 4 <sup>ème</sup> au 365 <sup>ème</sup> j)

→ Pièces à transmettre en cas de sinistre :

- Justificatif de règlement du SDIS (ou état de dépassement).
- Photocopie de la facture acquittée s'il y a lieu.
- Bulletin d'hospitalisation précisant les dates d'entrée et de sorties.
- Original de la facture acquittée d'ostéopathie, étiopathie, chiropractie.

### **INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL**

(SPP – SPV – PATS)

Indemnités journalières (6j/7)	
- Frais supplémentaires SPV TNS	4 IHO (maxi 3 ans)
Perte de prime	Perte réelle

→ Pièces à transmettre en cas de sinistre :

- Copie des avis d'arrêt de travail (initial, prolongation(s) et reprise),
- Justificatif des frais supplémentaires engagés du fait de l'arrêt de travail, pour maintenir tout ou partie de l'activité,
- Bulletins de salaire des 3 mois précédents l'accident, (pour toutes les autres catégories un justificatif des revenus perçus pendant les 3 derniers mois)

### **INVALIDITE**

(SPP – SPV – PATS)

Invalidité totale	5 870 IHO
Invalidité partielle	Proportionnel au taux d'invalidité (seuil minimum d'intervention 10 %)



## Dommmages aux biens

Assure la responsabilité qui incombe à l'Union Départementale et aux Amicales ayant souscrit la garantie, en tant que locataires des locaux et indemnise les biens mobiliers et/ou immobiliers détruits ou détériorés.

<b>RESPONSABILITES</b>	15 000 000 €
<b>BIENS DE L'ASSOCIATION</b> (franchise 150 €)	
- Biens immobiliers	A concurrence des dommages
- Biens mobiliers	20 000 €
- Gel des conduites	10 000 €
- Frais de recherche des fuites	2 000 €
- Tous risques informatiques	5 000 €
- Contenu des congélateurs et chambres froides	2 000 €
- Expositions	10 000 €
- Chapiteau, structure légère et barnum	5 000 €
- Valeurs en coffre	2 000 €
- Transport de valeurs	2 000 €
- Frais de déplacement, remplacement, démolition, déblais, mise en conformité de l'indemnité, perte des aménagements	A concurrence de leur montant
- Frais de reconstitution des médias	Frais réels



N'oubliez pas de déclarer auprès de votre Union Départementale vos chapiteaux.



## DÉCLARATION DE SINISTRE

À TRANSMETTRE DANS LES 15 JOURS À L'UDSP

### Informations concernant la victime

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Tél. Portable : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ Tél. Domicile : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

E-mail : .....

SPV     SPP     PATS     JSP     Vétéran -75 ans     Vétéran +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.

A ..... Le .....  
Cachet et signature

Vu par .....  
président(e) de l'UDSP de Saône-et-Loire  
ou par délégation .....

A ..... Le .....  
Cachet et signature