

Votre Union Départementale a souscrit au Contrat Fédéral Associatif auprès de la Fédération nationale des Sapeurs-Pompiers de France et a souhaité compléter ses garanties auprès de la Mutuelle nationale des sapeurs-pompiers de France en souscrivant le Contrat Fédéral Associatif Plus. 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 la transmettre à :

### Union Départementale des Sapeurs-Pompiers du Puy-de-Dôme

Site de Crouël

Chemin de Beaulieu et de Gandaillat

63000 CLERMONT-FERRAND

☎ : 04.73.98.80.54 – 04.73.90.05.10

[udsp63@wanadoo.fr](mailto:udsp63@wanadoo.fr)



## Fonctionnement du Contrat Fédéral Associatif

- **CHAMPS D'INTERVENTION** : vous bénéficiez d'une couverture complète qui intervient pour les activités Hors Service Commandé et en complément pour les activités en 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)
- **Il s'agit d'une couverture complémentaire** : elle 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.



## *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 – Vétérans Actifs -75 ans – Autres Actifs – 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, étio-pathie, chiropractie.

\*IHO = 11,63 € depuis le 01/11/2018



## INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL

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

Invalidité totale	5 870 IHO (SPP – SPV – PATS)
Invalidité totale	3 994 IHO (Vétérans Actifs -75 ans – Autres Actifs – JSP)
Invalidité partielle	Proportionnel au taux d'invalidité (seuil minimum d'intervention 10 %)

## DECES

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

Capital décès de base (réductible de 10 % par an pour les +65 ans)	3 160 IHO (SPP – SPV – PATS) 897 IHO (Vétérans -75 ans – Vétérans Actifs -75 ans – Autres Actifs) 800 IHO (JSP)
Majoration pour situation familiale	
- Pour conjoint, concubin, PACS	majoration 50 % du capital de base
- Par enfant à charge	majoration 25 % du capital de base
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

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

En cas de sinistre automobile, votre Contrat Fédéral Associatif Plus 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 (sans franchise)	4 500 € maximum (SPP – SPV – PATS – Vétérans -75ans – Vétérans Actifs -75 ans – Autres Actifs) 1 500 € maximum (JSP)
Remboursement de la franchise	Dans la limite de 450 €
Compensation du malus	450 € (forfaitaire)
Frais d'immobilisation technique	30 €/j maximum 300 €
Dommages au contenu du véhicule	4 500 € maximum (SPP – SPV – PATS – Vétérans -75ans – Vétérans Actifs -75 ans – Autres Actifs) 1 500 € maximum (JSP)

→ 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 €



## 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, étio-pathie, 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	3 994 IHO
Invalidité partielle	Proportionnel au taux d'invalidité (seuil minimum d'intervention 10 %)



## DECES

(SPP – SPV – PATS)

Capital décès de base	1 941,00 IHO
Majoration pour situation familiale	
- Pour conjoint, concubin, PACS	970,50 IHO
- Par enfant à charge	485,25 IHO
Inclus la couverture AVC, infarctus, rupture d'anévrisme	

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

## Assurance auto

(SPP – SPV – PATS)

En cas de sinistre automobile, votre Contrat Fédéral Associatif Plus 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	4 500 € 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	4 500 €

→ 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.



## *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





## 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)

### Informations concernant l'accident

Hors Service Commandé  Service Commandé Date : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Conditions dans lesquelles s'est produit l'accident : .....

.....

.....

.....

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.

Vu par .....  
président(e) de l'UDSP ou par délégation

À ..... Le .....  
Cachet et signature

À ..... Le .....  
Cachet et signature



## L'ACCIDENT A ÉTÉ CAUSÉ PAR UN TIERS

À remplir uniquement si l'accident a été causé par une tierce personne

### Informations concernant le tiers responsable

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

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

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

E-mail : .....

A-t-il été fait un constat ?  Oui  Non

Une plainte a-t-elle été déposée ?  Oui  Non

(Si oui, joindre la copie du document)

### Informations concernant l'assurance du tiers responsable

Assurance : .....

Adresse : .....

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

Tél. : \_\_/\_\_/\_\_ / \_\_/\_\_/\_\_

N° de contrat : .....

Les informations collectées par le biais de ce formulaire sont obligatoires. Elles font l'objet d'un traitement destiné à l'exécution du présent contrat. A cette fin, la MNSPF vous informe qu'elle peut être amenée à traiter des données dites "sensibles" et notamment relatives à la santé. A ce titre, la MNSPF vous garantit la mise en œuvre de toutes les mesures techniques et organisationnelles nécessaires à la préservation de la confidentialité ainsi que de la sécurité de vos données. Dans ce cadre, la MNSPF peut être amenée à transmettre ces informations à l'assureur, le cas échéant ses délégataires et leurs prestataires ainsi qu'à tout organisme contribuant à l'exécution du présent contrat.

Conformément à la réglementation en vigueur et notamment au règlement (UE) 2016/679 et à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, l'assuré, et le cas échéant le tiers responsable, bénéficie(nt) d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui le(s) concernent. S'il(s) souhaite(nt) exercer ce droit et obtenir communication des informations le(s) concernant, il(s) est/sont invité(s) à nous adresser leur demande à MNSPF - Service Relation Adhérents, 6 boulevard Déodat de Séverac - CS 60327 - 31773 COLOMIERS ou par e-mail à [serviceclient@mnspf.fr](mailto:serviceclient@mnspf.fr)



**Déclarez au plus tôt votre accident à l'UDSP à l'aide de cet imprimé en l'envoyant à l'adresse suivante :**

*Union Départementale des Sapeurs-Pompiers du Puy-de-Dôme*

*Site de Crouêt*

*Chemin de Beaulieu et de Gandaillat*

*63000 CLERMONT-FERRAND*



**Il s'agit d'un contrat complémentaire : il ne se substitue en aucun cas à tout autre organisme (SDIS, Sécurité sociale, employeur)**



## UDSP DU PUY-DE-DÔME

### FICHE DE DEMANDE D'ATTESTATION D'ASSURANCE

Association organisatrice : .....

Responsable (nom + coordonnées) : .....

☎ : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ ☒ : ..... @ : .....

**Manifestation** (précisez les activités organisées) : .....

.....

.....

.....

**Date** : .....

**Lieu** (dénomination du local) : .....

Vous déclarez uniquement la manifestation mais vous n'avez besoin d'aucun justificatif

Vous avez besoin d'une attestation :

Responsabilité Civile Organisateur de Manifestations

Locaux occasionnels d'activités (locaux mis à disposition à titre onéreux ou gratuit pour une période temporaire n'excédent pas 15 jours consécutifs).

Fait à : .....

Le : .....

Cachet et signature

Vu par .....

Président de l'UDSP ou par délégation : .....

.....

Cachet et signature





## FICHE DE RECENSEMENT DES SUPERFICIES

### UDSP DU PUY-DE-DÔME

Votre UDSP a souscrit la garantie Dommages aux Biens pour toutes ses amicales. Afin de bénéficier de cette couverture, il vous suffit de **déclarer les surfaces que vous occupez** à l'aide du tableau ci-dessous et de **transmettre cet imprimé à votre Union Départementale**.

Les chapiteaux, structures légères et barnums déclarés au souscripteur peuvent bénéficier d'une couverture allant jusqu'à 5 000 € : n'oubliez pas de les déclarer dans le tableau ci-dessous.

**Amicale de :** .....

Désignation du bien (bureau de l'amicale, mobile home, chapiteau...)	Superficie	Propriété (O ou N)	Locataire (O ou N)	Adresse du bien assuré

Les garanties se reconduisent de plein droit, par "tacite reconduction" d'année en année, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties dans les formes et conditions prévues à l'article 34 des Conditions Générales (résiliation à l'échéance annuelle sous préavis de 2 mois).

Fait à ....., le .....

Signature du Président de l'Amicale

