

## GUIDE PRATIQUE

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 Calvados**

**82, Avenue des Thiès**

**Péricentre 5 – Bâtiment D – 4<sup>ème</sup> étage**

**14000 CAEN**

**☎ : 02 31 93 78 00 - 📠 : 02 31 93 79 00**

[contact@udsp14.net](mailto:contact@udsp14.net)



### Fonctionnement du Contrat Fédéral Associatif

- **CHAMPS D'INTERVENTION** : vous bénéficiez d'une couverture complète qui intervient pour les activités relevant du Hors 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 au titre du régime obligatoire (CPAM) et des mutuelles Complémentaire santé individuelles.

**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 – JSP– Membre actif musique)

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 = 12.15 € depuis le 01/07/2021



## INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL

(SPP – SPV – PATS – JSP – Membres actifs Musique)

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 – Membres actifs Musique)

Invalidité totale	5 870 IHO (SPP – SPV – PATS – Membres actifs Musique)
Invalidité partielle	3 500 IHO (JSP) Proportionnel au taux d'invalidité (seuil minimum d'intervention 10 %)

## DECES

(SPP – SPV – PATS – Vétérans -75ans – JSP – Membres actifs Musique)

Capital décès de base (réductible de 10 % par an pour les +65 ans)	3 160 IHO (SPP – SPV – PATS – Membres actifs Musique) 820 IHO (Vétérans -75 ans) 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.**





## 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 ou par délégation

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





## UDSP DU CALVADOS

### 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

