

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 Haut-Rhin**

**4, boulevard de la Marseillaise**

**68100 MULHOUSE**

☎ : 03 89 43 20 27 – 📠 : 03 89 42 89 12

[udsphr@wanadoo.fr](mailto:udsphr@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 – JSP – Autres actifs)

|  |   |
|--|---|
| 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 = 11,52 € depuis le 01/03/2017



## INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL

(SPP – SPV – PATS – JSP – Autres actifs)

|                                       |                     |
|---------------------------------------|---------------------|
| 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 – Autres actifs)

|                      |   |
|----------------------|---|
| Invalidité totale    | 5 870 IHO   |
| Invalidité partielle | Proportionnel au taux d'invalidité<br>(seuil minimum d'intervention 10 %) |

## DECES

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

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| Capital décès de base<br>(réductible de 10 % par an pour les +65 ans)       | 3 160 IHO                          |
| 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<br>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)<br>☎ 0 800 02 11 11<br>Réf assuré : M102491/D | Inclus     |

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



## *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 €



## Prévoyance

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

### INVALIDITE

(SPP – SPV)

|                      |   |
|----------------------|---|
| Invalidité totale    | 2 625 IHO   |
| Invalidité partielle | Proportionnel au taux d'invalidité<br>(seuil minimum d'intervention 10 %) |

### DECES

(SPP – SPV)

|  |              |
|--|--------------|
| Capital décès de base                                    | 1 167.00 IHO |
| Majoration pour situation familiale                      |              |
| - Pour conjoint, concubin, PACS                          | 583.50 IHO   |
| - Par enfant à charge                                    | 291.75 IHO   |
| Inclus la couverture AVC, infarctus, rupture d'anévrisme |              |

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



## *Capital décès toutes causes*

Verser un capital forfaitaire en cas de décès de l'assuré par suite de maladie ou d'accident survenu en Service Commandé, Hors Service Commandé ou en Vie Privée.

### **MONTANT DE LA GARANTIE**

4 000 €

Pour les assurés de 12 à 74 ans

100 % du capital souscrit

Pour les assurés de 75 à 84 ans

Capital Dégressif

Sauf désignation de bénéficiaire, le capital est versé selon la clause type.





## UDSP DU HAUT-RHIN

### 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'excédant pas 15 jours consécutifs).

Fait à : .....

Le : .....

Cachet et signature

Vu par .....

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

.....

Cachet et signature

