



# Déclaration de sinistre des clubs RC

Responsabilité Civile N°S191128.021C

## MODE OPÉRATOIRE

Pour toute déclaration, il est impératif de respecter certaines indications et de lire ce mode opératoire avant de remplir la déclaration de sinistre.

### Les obligations :

- Ecrire en capitale et lisiblement.
- Joindre les certificats médicaux de constatations des blessures pour les dommages corporels.
- Joindre la photocopie des licences FSASPTT.
- Joindre la photocopie des bulletins d'adhésion.
- Joindre les justificatifs pour les dommages matériels.
- Renvoyer la déclaration dans les 10 jours du sinistre à : **FSASPTT, Sinistres**

**5 rue Maurice Grandcoing**

**94200 Ivry sur Seine**

## RENSEIGNEMENT CONCERNANT L'ASPTT

Coordonnées de l'ASPTT : \_\_\_\_\_

Section concernée : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_



## RENSEIGNEMENT CONCERNANT L'ACCIDENT

Date de l'évènement : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

Lieu : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

Nature de la manifestation (entraînement, tournoi, loisir...)

---

---

Circonstances exactes de l'accident : \_\_\_\_\_

---

---

---

---

**Fidélia (assistance)** : Avez-vous fait appel à Fidélia Assistance ? non  oui

Si oui, numéro de dossier : \_\_\_\_\_

Nom du témoin : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Y a-t-il eu un procès verbal ou tout autre rapport établi par les autorités locales ? non  oui

Si oui, coordonnées : \_\_\_\_\_

---

En cas d'accident avec un tiers, nous indiquer (§ à la loi du 13/7/82 – article 121.4 du Code des Assurances) : Nom et adresse de votre assureur Responsabilité Civile (multirisque habitation) : \_\_\_\_\_

---

Référence contrat : \_\_\_\_\_

Coordonnées du tiers : Nom & prénom : \_\_\_\_\_

---



Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Le tiers est-il licencié de la FSASPTT ? Non  oui  Si oui, N° de licence : \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENT CONCERNANT LES DOMMAGES (à remplir par la personne)

**Dommages matériels** : non  oui

Si oui, nature des dommages (joindre systématiquement les justificatifs)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Installation ou biens mobiliers** :

appartenant à l'ASPTT

mis à la disposition pour la manifestation concernée par (nom et adresse) :

Nature des installations (gymnase, terrain, chapiteau, etc.) : \_\_\_\_\_

Nature des biens mobiliers (chaises, table, véhicule, etc.) : \_\_\_\_\_

**Dommages corporels** : non  oui

### Renseignements sur la personne numéro 1 :

Etes-vous collaborateur bénévole non licencié : oui  non

Coordonnées : Nom & Prénom : \_\_\_\_\_

Sexe : M  F  Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

Etes-vous assuré(e) social(e) ? Non  Oui  - Si oui N° d'immatriculation : \_\_\_\_\_

Nom & adresse de la caisse : \_\_\_\_\_



Avez-vous une mutuelle complémentaire ? non  oui  Si oui N° de contrat : \_\_\_\_\_

Nom & adresse de votre mutuelle : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Numéro de licence FSASPTT : \_\_\_\_\_ Activité pratiquée : \_\_\_\_\_

Nature des blessures (joindre systématiquement le certificat médical de constatations des blessures)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Renseignements sur la personne numéro 2 :**

Etes-vous collaborateur bénévole non licencié : oui  non

Coordonnées : Nom & Prénom : \_\_\_\_\_

Sexe : M  F  Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_ E-mail : Nom et adresse de la  
caisse \_\_\_\_\_

Etes-vous assuré(e) social(e) ? Non  Oui  - Si oui N° d'immatriculation : \_\_\_\_\_

Nom et adresse de la  
caisse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Avez-vous une mutuelle complémentaire ? non  oui  Si oui N° de contrat : \_\_\_\_\_

Nom & adresse de votre mutuelle : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Numéro de licence FSASPTT : \_\_\_\_\_ Activité pratiquée : \_\_\_\_\_

Nature des blessures (joindre systématiquement le certificat médical de constatations des blessures)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**Nom du témoin**

Nom du témoin : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Y a-t-il eu un procès verbal ou tout autre rapport établi par les autorités locales ? non  oui

Si oui, coordonnées : \_\_\_\_\_

**En cas d'accident avec un tiers, nous indiquer ses coordonnées :**

Nom & prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Assureur personnel : \_\_\_\_\_

Référence contrat : \_\_\_\_\_

Le tiers est-il licencié de la FSASPTT ? Non  oui  Si oui, N° de licence : \_\_\_\_\_

**Attention toutes fausses déclarations est susceptible d'entraîner des poursuites.**

A : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

**Signature du Président Général de l'ASPTT ou de son mandataire**

*Pour un mandataire, joindre la copie de sa délégation de pouvoir.*

**Cachet de l'ASPTT**



**Cadre réservé à la FSASPTT**

Sinistre reçu le : .....

Demande de renseignements complémentaires :

- Photocopie de la licence Fédération Sportive des ASPTT
- Photocopie du bulletin d'adhésion
- Certificat médical de constatation des blessures
- Justificatifs dommages matériels
- Autres :

Demandé le ..... à .....

Reçu le .....

Sinistre envoyé à l'assureur le : .....

Sinistre rejeté le .....

- sinistre arrivé hors délai
- autre : .....

Signature et cachet :