



## DÉCLARATION DE SINISTRE

Contrat N°S019128.026H

### 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 initiaux de constatations des blessures pour les dommages corporels.
- Joindre la photocopie des licences FSASPTT.
- Joindre les justificatifs pour les dommages matériels.
- Renvoyer la déclaration dans les 10 jours du sinistre à :

risques.specifiques@gmf.fr

Faire apparaître obligatoirement dans l'objet du mail la référence suivante :  
ASPTT / S019128.026H / déclaration de sinistre

La GMF prend uniquement en charge les sinistres des clubs apparus dans le cadre de la vie associative ou lors des manifestations organisées sans lien avec d'autres fédérations sportives, que celles-ci soient compétitives ou non.

*(Exemple : un sinistre a lieu lors d'un match de basket-ball dans le cadre des compétitions organisées par la Fédération Française de Basket-ball-championnat régional, départemental etc. : dans ce cas le sinistre sera à déclarer auprès de l'assureur de la FFBB.*

*À l'inverse, un sinistre survient lors de la sortie hebdomadaire de la section randonnée pédestre et le club n'est pas affilié à la FFRP : la déclaration de sinistre sera à envoyer aux services de la GMF.)*

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CLUB

Nom du club : \_\_\_\_\_

Section concernée : \_\_\_\_\_

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

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

Tél. : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

# RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT

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

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

Nature de l'activité : \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES DOMMAGES

(à remplir par le club)

**A] Dommages matériels :** Non  Oui

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Installation ou biens mobiliers :**

Appartenant au club

Mis à la disposition pour la manifestation concernée par (nom et adresse de l'entité prêteuse) :

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

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

**Signature du Président Général du club ou de son mandataire**

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

**Cachet du club**

**B] Dommages corporels :** Non  Oui

Si le sinistre a eu des conséquences sur des membres du club ou des tiers.

**Renseignements sur la personne numéro 1 :**

Etes-vous : Licencié ASPTT PREMIUM  Licencié FSASPTT ACCESS  Licencié Événementielle

Bénévole non licencié  Spectateur  Tiers

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

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

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

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

Tél. : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

Êtes-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 initial 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) :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Nom & prénom : \_\_\_\_\_

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

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

Tél. : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

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

Référence contrat : \_\_\_\_\_

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

**D] Nom du témoin :**

\_\_\_\_\_

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

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

Tél. : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

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

Si oui, coordonnées : \_\_\_\_\_

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

À : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

**Signature du Président Général du club ou de son mandataire**

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

**Cachet du club**