



**DECLARATION DE SINISTRE  
DES CLUBS ASPTT AFFILIES  
à la FSASPTT**

**Responsabilité Civile N°S19128.020B**



**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.

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASPTT**

Coordonnées de l'ASPTT : \_\_\_\_\_  
Section concernée : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Tél. : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT**

- ❖ Date de l'évènement : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_  
Lieu : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_
  - ❖ Nature de la manifestation (entraînement, tournoi, loisir...)  
\_\_\_\_\_
  - ❖ Circonstances exactes de l'accident : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  - ❖ 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 : \_\_\_\_\_
- 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 : \_\_\_\_\_

✓ 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)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

❖ **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 : \_\_\_\_\_

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 :