

Notice d'information aux licenciés responsabilité civile et individuelle accident

CONTRAT GENERALI RESPONSABILITÉ CIVILE N° AU184861	2
1. DISPOSITIONS COMMUNES	2
1.1 OBJET.....	2
1.2 CHAMP D'APPLICATION DES GARANTIES	2
1.3 DÉCLARATION D'ACCIDENT - Obligations de l'assuré	2
1.4 SUBROGATION.....	2
1.5 CUMUL DES GARANTIES	2
1.6 EXAMEN DES RÉCLAMATIONS – Garantie Individuelle Accident	2
1.7 MÉDIATION	2
1.8 Information sur le traitement des données à caractère personnel de l'Assuré - GENERALI IARD	2
1.9 AUTORITÉ DE CONTRÔLE	3
1.10 EXCLUSIONS.....	3

2. GARANTIE INDIVIDUELLE ACCIDENT	4
2.1 PRISE D'EFFET DES GARANTIES À L'ÉGARD DES LICENCIÉS.....	4
2.2 INFORMATION PRÉCONTRACTUELLE	4
2.3 DÉFINITIONS.....	4
2.4 GARANTIES	4

CONTRAT GENERALI RESPONSABILITÉ CIVILE N° AU184861

1. DISPOSITIONS COMMUNES

Il faut entendre par :

1.1 OBJET

Le présent contrat a pour objet de garantir les conséquences des accidents corporels dont pourraient être victimes les assurés définis ci-dessous à l'article II présentes Dispositions Particulières AU184861, pendant la durée de validité du contrat, dans le cadre des garanties prévues aux présentes Dispositions Particulières et aux Dispositions Générales GAO023D..

1.2 CHAMP D'APPLICATION DES GARANTIES

Sont exclusivement considérés comme "assuré" au titre du présent contrat :

- Les licenciés à titre amateur de la ligue,
- Les joueurs de moins de 5 ans alors même qu'ils n'ont pas encore leur licence ou qui ne sont pas licenciés,
- Les licenciés des catégories U6 et U6F aux catégories U13 et U13F jusqu'au 31 décembre, date à laquelle elles sont acquises en plein droit pour le reste de la saison à ceux qui prennent une licence,
- Les joueurs licenciés (ou non) en provenance (ou non) d'une autre ligue de football à l'essai ou en cours de mutation (notamment pour des raisons professionnelles),
- Les pratiquants occasionnels non licenciés invités ou visiteurs (pratiquants occasionnels découvrant l'activité à l'occasion de journées portes ouvertes, rencontres amicales) découvrant l'activité pratiquée à l'exclusion de toute compétition officielle **dans la limite de 3 jours par an** ainsi que les parents ou personnes civilement responsables de leur fait, **à l'exception des spectateurs qu'ils soient admis à titre gratuit ou payant,**
- Les participants à une manifestation de promotion du football,
- Les arbitres ainsi que les dirigeants amenés à exercer des fonctions d'arbitres bénévoles,
- Les non-licenciés dans le cadre de leur participation à des stages et formations d'arbitres apprentis,
- Les préposés (saliés ou non), stagiaires et auxiliaires de la Ligue, de ses Districts, clubs, associations, organismes ou groupements affiliés,
- Les cadres techniques, dirigeants statutaires ou non, délégués, entraîneurs, moniteurs, éducateurs licenciés ou non,
- Les pratiquants occasionnels non licenciés (désignés par le terme "Invités") découvrant l'activité pratiquée à l'exclusion de toute compétition officielle, **dans la limite de 3 jours par an,**
- Les bénévoles non licenciés prêtant gratuitement leur concours à l'organisation des activités du club. À l'occasion des activités suivantes, **à la condition que ces activités soient organisées par la Ligue ou ses organismes affiliés agissant dans le cadre de la ligue et qu'elle se déroulent dans les lieux d'installations sportives appartenant ou mis à disposition de ou agréées par la ligue ou ses organismes affiliés :**
- La pratique du football, du futsal, du beach-soccer et plus généralement du football diversifié (lors de compétitions, matchs officiels ou amicaux, de sélection ou de désélection, matchs de football se déroulant dans le cadre de la Coupe de France ou de matchs de propagande avec des joueurs ou des équipes professionnels, de stages, d'entraînements, de manifestations de promotion du football...),
- Toute activité annexe ou connexe aux activités listées ci-dessus, tels que les réunions préparatoires, les travaux effectués bénévolement pour la préparation ou la mise en état des sites, l'entretien des matériels ou des équipements,
- Les activités physiques et sportives nécessaires à l'entraînement et à la préparation physique des licenciés,
- Les stages avec ou sans hébergement réservés aux seuls licenciés,
- Les activités des licenciés non pratiquants, notamment des dirigeants, en rapport avec l'objet de la Ligue,
- Les déplacements nécessités par un match de football, une réunion sportive ou une séance d'entraînement, y compris en ce qui concerne les sections Foot-Étude lors du trajet de l'établissement scolaire au lieu d'entraînement.

Sont également garanties les activités extra sportives exercées à titre récréatif sous les réserves et conditions suivantes :

- La participation à des manifestations festives à caractère privé telles que fêtes, bals, kermesses, repas, sorties **À L'EXCLUSION DES CONSÉQUENCES DE L'UTILISATION DE VÉHICULE TERRESTRE À MOTEUR AU COURS DE LADITE MANIFESTATION**, et seulement dans le cas où ces activités sont organisées par la Ligue ou ses organismes affiliés.

SONT EXCLUES :

- **TOUTES MANIFESTATIONS ORGANISÉES À DES FINS COMMERCIALES (SONT ADMISES TOUTEFOIS LES MANIFESTATIONS PAYANTES ORGANISÉES DE FAÇON PONCTUELLE ET PROCURANT AU GROUPEMENT SPORTIF DES RECETTES COMPLÉMENTAIRES NON RÉGULIÈRES),**
- **TOUTES MANIFESTATIONS ORGANISÉES AU PROFIT D'UNE AUTRE ASSOCIATION OU DE TOUTE PERSONNE MORALE OU PHYSIQUE, SAUF DANS LE CADRE DU TÉLÉTHON OU AUTRES ACTIONS HUMANITAIRES.**

Territorialité

Les garanties sont acquises, Sous réserve des exclusions prévues au sein du paragraphe "Sanctions Internationales" du chapitre 5 "Exclusions communes à toutes les garanties" des Dispositions Générales GAO023D :

- Sans limitation de durée, en France métropolitaine, dans les départements d'outre-mer et les collectivités d'outre-mer (Guadeloupe Martinique, Réunion, Saint-Barthélemy, Saint-Martin, Nouvelle Calédonie, Guyane, Polynésie Française), en Andorre et à Monaco.
- Dans tous les autres pays, lors d'un déplacement ou d'un séjour temporaire ne dépassant pas 90 jours, à la condition qu'il soit organisé par la Ligue ou ses clubs affiliés

1.3 DÉCLARATION D'ACCIDENT - Obligations de l'assuré

Les délais de déclaration du sinistre

En cas de sinistre, l'Assuré a la possibilité de le déclarer en contactant :

- Par écrit à l'Assureur ou à l'intermédiaire désigné aux Dispositions Particulières.

L'Assuré doit :

- Effectuer sa déclaration dans un délai de **5 jours ouvrés** à partir du moment où il en a eu connaissance et dans un délai de 30 jours ouvrés en cas de décès ;

- Déclarer à l'Assureur, dans les 10 jours suivants la déclaration de la survenance de l'événement assuré, toutes autres assurances à **caractère indemnitaire** qui peuvent permettre la réparation de préjudices garantis par le présent contrat ;
- Transmettre dès réception à l'Assureur tous avis, correspondances ou actes judiciaires se rapportant au sinistre.
- La déclaration mentionnera :
 - Le numéro du présent contrat ;
 - La date de l'accident.

Si ces délais ne sont pas respectés, sauf cas fortuit ou de force majeure, la garantie ne sera pas acquise, dès lors que le retard aura causé un préjudice à l'Assureur.

Selon quelles modalités

Soit par écrit, soit verbalement contre récépissé, au Siège ou chez le Représentant de la Compagnie dont l'adresse figure aux Dispositions Particulières.

Les renseignements à transmettre à l'Assureur

L'Assuré doit fournir à l'Assureur tous les renseignements sur la date, le lieu, les causes et circonstances de l'accident, ainsi que les conséquences connues ou supposées :

- a. Les nom, prénom, date de naissance et domicile de l'Assuré,
- b. Sa qualité à l'égard du souscripteur lui permettant de bénéficier des garanties souscrites par ce dernier,
- c. Les noms et adresses des témoins, ou de l'auteur de l'accident, s'il y a lieu,
- d. Tous les documents tels que certificats médicaux, arrêts de travail, etc. nécessaires à l'évaluation du sinistre et au calcul des sommes que l'Assureur pourrait être amené à verser, sous pli confidentiel à l'attention du service médical de l'Assureur,
- e. Le rapport de police ou de gendarmerie, s'il y a lieu, ainsi que tous documents nécessaires à l'instruction du dossier.

En cas de décès, le ou les bénéficiaires doivent adresser à l'Assureur l'acte de décès, une photocopie du livret de famille, un certificat médical précisant la cause du décès et, si besoin, l'origine de cette cause, une copie du rapport de police ou de gendarmerie.

Si l'Assuré ou les bénéficiaires ne respectent pas tout ou partie des obligations ci-dessus, sauf cas fortuit ou de force majeure, l'Assureur serait en droit de lui réclamer une indemnité égale au préjudice qui en sera résulté pour lui.

1.4 SUBROGATION

Conformément à la réglementation en vigueur, l'Assureur est subrogé, jusqu'à concurrence des indemnités versées, dans les droits et actions de l'Assuré ou des bénéficiaires contre tout responsable de l'accident et son Assureur à hauteur des sommes que l'Assureur a versé au titre du présent contrat.

La garantie ne jouera plus en faveur de l'Assuré ou celle des bénéficiaires si, de leur fait, l'Assureur ne peut plus exercer ce recours pour récupérer les indemnités déjà versées.

1.5 CUMUL DES GARANTIES

Si les risques couverts par le présent contrat sont couverts par une autre assurance, le Souscripteur ou le Bénéficiaire doivent Nous informer du nom de l'assureur auprès duquel une autre assurance a été souscrite (article L121-4 du Code des assurances) dès que cette information a été portée à votre connaissance et au plus tard lors de la déclaration de sinistre.

1.6 EXAMEN DES RÉCLAMATIONS - Garantie Individuelle Accident

Pour toute réclamation relative à la gestion de son contrat, ses cotisations ou encore ses sinistres, l'Assuré doit s'adresser prioritairement à son interlocuteur habituel qui est en mesure de lui fournir toutes informations et explications.

S'il ne reçoit pas une réponse satisfaisante, l'Assuré peut adresser sa réclamation écrite (mentionnant les références du dossier concerné et accompagnée d'une copie des éventuelles pièces justificatives) à :

Generali
Service Réclamations
TSA 70100
75309 Paris Cedex 09
servicereclamations@generali.fr

Generali accusera réception de sa demande et y répondra dans les meilleurs délais.

Si l'Assuré a souscrit son contrat par le biais d'un Intermédiaire et que sa demande relève du devoir de conseil et d'information de ce dernier ou concerne les conditions de commercialisation de son contrat, sa réclamation doit être exclusivement adressée à cet Intermédiaire.

La procédure ci-dessus ne s'applique pas si une juridiction a été saisie du litige, que ce soit par l'Assuré ou par l'Assureur.

1.7 MÉDIATION

En qualité de membre de la Fédération Française de l'Assurance, Generali applique la Charte de la Médiation mise en place au sein de cette Fédération.

La demande par notre service réclamations, l'Assuré peut saisir la Médiation de la FFA :

1. Soit en écrivant à :

La Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 Paris Cedex

2. Soit en déposant une demande en ligne à l'adresse :

www.mediation-assurance.org

L'Assureur précise cependant que le Médiateur ne peut être saisi qu'après que le Service Réclamations ait été saisi de la demande de l'Assuré et y ait apporté une réponse.

La saisine du Médiateur n'est possible que dans la mesure où la demande de l'Assuré* n'a pas été soumise à une juridiction.

1.8 Information sur le traitement des données à caractère personnel de l'Assuré - GENERALI IARD

GENERALI IARD est responsable de traitement.

GENERALI IARD : Société anonyme au capital de 94 630 300 euros, Entreprise régie par le code des assurances - 552 062 663 RCS Paris, Siège social : 89 rue Taibout - 75009 Paris - Téléphone : 01 58 38 80 00.

Société appartenant au Groupe Generali, immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

Finalités du traitement des données à caractère personnel

Les données traitées ont pour finalité de satisfaire à la demande de l'Assuré* et de permettre la réalisation de mesures précontractuelles, d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat, y compris des mesures de prévention en lien avec ce contrat.

À ce titre, elles pourront être utilisées à des fins de recouvrement, d'études statistiques et actuarielles, d'exercice de recours, de gestion des réclamations et contentieux, d'examen, d'appréciation, de contrôle et de surveillance du risque, et de respect des obligations légales, réglementaires et administratives. Ces informations pourront également être utilisées comme explicité ci-dessous pour des besoins de prospection commerciale sous réserve du consentement de l'Assuré ou de son droit d'opposition, ainsi que pour permettre la lutte contre la fraude à l'assurance.

Informations complémentaires dans le cadre du traitement des données à caractère personnel concernant l'Assuré et non collectées auprès de lui

Catégorie de données susceptibles d'être transmises à l'Assureur :

1. État civil, identité, données d'identification
2. Données de localisation (déplacements, données GPS, GSM, etc.)
3. Informations d'ordre économique et financier (revenus, situation financière, situation fiscale, etc.)
4. Numéro d'identification national unique

Source d'où proviennent les données à caractère personnel

Ces données peuvent émaner d'organismes professionnels contribuant à la gestion des contrats d'assurance, d'autres organismes d'assurance et de toute autorité administrative.

Les données utilisées à des fins de prospection commerciale peuvent également être obtenues dans le cadre d'opérations de parrainage ou de la part d'organismes autorisés.

Destinataires ou catégories de destinataires des données à caractère personnel

Les données à caractère personnel concernant l'Assuré pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus, aux entités du Groupe GENERALI ainsi qu'aux partenaires, intermédiaires, réassureurs et assureurs concernés, organismes professionnels, organismes sociaux des personnes concernées, aux sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaire à la réalisation des tâches leur incombant ou qui leur sont confiées. Par ailleurs, en vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires, GENERALI IARD pourra communiquer des données à caractère personnel à des autorités administratives et judiciaires légalement habilitées.

Au titre de la prévention de la lutte anti-blanchiment et du financement du terrorisme, ces données pourront également être partagées entre les entités juridiques du Groupe GENERALI pouvant se situer au sein et hors de l'Union Européenne, aux fins d'enrichir leurs processus de filtrage locaux et de mettre en œuvre une approche commune sur la classification des risques clients dans l'ensemble du Groupe GENERALI.

Localisation des traitements des données personnelles de l'Assuré

Le Groupe GENERALI France a adopté des normes internes en matière de protection des données et de sécurité informatique afin de garantir la protection et la sécurité des données de l'Assuré.

Aujourd'hui, les data centers du Groupe GENERALI sur lesquels sont hébergées ces données sont localisés en France, en Italie et en Allemagne.

S'agissant des traitements réalisés hors du Groupe GENERALI France par des partenaires externes, une vigilance toute particulière est apportée quant à la localisation des traitements, leur niveau de sécurisation (opérationnel et technique) et le niveau de protection des données personnelles du pays destinataire, afin de garantir un niveau de protection optimal.

Les traitements réalisés aujourd'hui hors de l'Espace Economique Européen concernent des traitements liés à certains types d'actes de gestion, l'envoi ponctuel d'e-mails ou de SMS, la supervision d'infrastructures ou la maintenance de certaines applications. Ces traitements opérés depuis des pays tiers font l'objet d'un encadrement juridique conforme à la réglementation (Clauses Contractuelles Types, Règles d'entreprise contraignantes).

Ces documents sont disponibles sur demande écrite auprès du Délégué à la Protection des Données du Groupe GENERALI France, à l'adresse suivante : droiddaces@generalifrance.fr

Durée de conservation

Les données à caractère personnel de l'assuré sont conservées par GENERALI IARD selon les durées fixées par les législations, les réglementations applicables et les autorités administratives ainsi que ses contraintes opérationnelles, dont notamment la satisfaction de ses obligations comptables, la gestion pertinente de la relation client, l'instruction d'actions en justice ou de demandes émanant d'organismes publics.

Exercice des droits

Dans le cadre du traitement que l'Assureur effectue, l'Assuré dispose dans les conditions prévues par la réglementation :

1. **D'un droit d'accès** : Droit de prendre connaissance des données personnelles le concernant dont l'assuré dispose et demander que l'assureur lui en communique l'intégralité.
2. **D'un droit de rectification** : droit de demander à corriger ses données personnelles notamment en cas de changement de situation.
3. **D'un droit de suppression** : droit de demander la suppression de ses données personnelles notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires ou lorsqu'il retire son consentement au traitement de certaines données sauf s'il existe un autre fondement juridique à ce traitement.
4. **Du droit de définir des directives** relatives au sort de ses données personnelles en cas de décès.
5. **D'un droit à la limitation du traitement** : droit de demander à l'Assureur de limiter le traitement de ses données personnelles.
6. **D'un droit à la portabilité des données** : droit de récupérer dans un format structuré les données qu'il a fournies à l'Assureur lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsqu'il a consenti à l'utilisation de ces données. Ces données peuvent être transmises directement au responsable de traitement de son choix lorsque cela est techniquement possible.
7. **D'un droit de retrait** : droit de retirer le consentement donné pour un traitement fondé sur cette base. Ce retrait vaut pour l'avenir et ne remet pas en cause la licéité des traitements déjà effectués. Il est susceptible de rendre l'exécution du contrat impossible sans être pour autant une cause de résiliation reconnue par le droit des

assurances.

8. **D'un droit d'opposition** : droit de s'opposer au traitement de ses données personnelles, notamment concernant la prospection commerciale et plus généralement les finalités de traitement ayant pour base légale l'intérêt légitime.

L'Assuré peut exercer ses droits sur simple demande à l'adresse suivante :

GENERALI IARD
Conformité
Délégué à la protection des données personnelles TSA 70100
75309 Paris Cedex 09

Ou à l'adresse électronique : droiddaces@generalifrance.fr

Il pourra être demandé à l'Assuré de justifier de son identité si l'Assureur ne parvient pas à l'identifier de façon certaine.

Cas spécifique dans le cadre du démarchage téléphonique

Si l'Assuré est un consommateur et qu'il ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, il peut s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site internet www.bloctel.gouv.fr.

L'Assureur pourra cependant toujours le contacter, directement, ou par l'intermédiaire d'un tiers agissant pour son compte, concernant son contrat, ou pour lui proposer des produits ou services afférents ou complémentaires à celui-ci ou de nature à l'améliorer.

Profilage et prise de décision automatisée

Dans le cadre de la souscription et l'exécution du contrat, les risques à assurer peuvent, à partir d'informations concernant l'Assuré ou concernant ses biens, être appréciés et quantifiés suivant des traitements automatisés ou faire intervenir des éléments de profilage le concernant. De tels traitements peuvent avoir un impact sur la tarification ou l'ajustement des garanties. L'Assuré dispose du droit d'obtenir une intervention humaine de la part du responsable du traitement, d'exprimer son point de vue et de contester la décision. L'Assuré peut exercer ces droits à l'adresse mentionnée pour l'exercice de ses droits.

Droit d'introduire une réclamation concernant le traitement des données à caractère personnel de l'Assuré Par ailleurs, l'Assuré peut introduire une réclamation concernant le traitement de ses données à caractère personnel auprès de la :

Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
3 Place de Fontenay TSA 80715
75334 Paris Cedex 07

Prospection

Certaines données concernant l'Assuré ou concernant les risques à assurer sont collectées par les entités du Groupe GENERALI et/ou par l'agent général de l'Assuré (si son intermédiaire intervient en cette qualité). Elles peuvent ou pourront entraîner des décisions automatisées ou fondées sur le profilage, consistant notamment à lui adresser certaines offres commerciales : dans le cadre d'opérations de prospection commerciale, et/ou afin de lui permettre de bénéficier d'une couverture d'assurance aussi complète que possible et de bénéficier de produits ou services contribuant à ses besoins de protection en matière d'assurance. L'Assuré dispose d'un droit d'opposition à recevoir des offres commerciales ainsi que du droit de s'opposer au profilage de ses données lié à la prospection qu'il peut exercer auprès du Délégué à la Protection des Données Personnelles dont les coordonnées sont communiquées ci-dessous.

Coordonnées du Délégué à la Protection des Données Personnelles

Pour toute demande, l'Assuré peut contacter le Délégué à la Protection des Données Personnelles à l'adresse suivante :

GENERALI IARD
Conformité
Délégué à la Protection des Données Personnelles
TSA 70100
75309 Paris Cedex 09

Ou à l'adresse électronique : droiddaces@generalifrance.fr

Pour plus d'information sur notre politique en matière de cookies, l'Assureur vous invite à consulter son site : www.generalifrance.fr/cookies.

1.9 AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle est :

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution
ACPR
4 place de Budapest
CS 92459
75436 Paris Cedex 09

1.10 EXCLUSIONS

1. Les accidents, ainsi que leurs suites, causés ou provoqués par l'Assuré ou avec sa complicité.
2. Les accidents, ainsi que leurs suites, occasionnés par :
 - a. L'usage de drogues, de stupéfiants ou de produits toxiques, non médicalement prescrits ;
 - b. L'ivresse, éthyliisme ou toxicomanie ;
 - c. Le suicide ou la tentative de suicide de l'Assuré ;
 - d. La participation volontaire de l'Assuré à un crime, un délit, à un acte de vandalisme, une agression, une émeute, un attentat, un acte de terrorisme ou de sabotage, à un mouvement populaire ou à une rixe ne relevant pas d'un cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger ;
 - e. Des faits de guerre civile ou étrangère.
3. Les accidents, ainsi que leurs suites, subis lors de la conduite par l'Assuré d'un véhicule à moteur sous l'empire d'un état alcoolique tel que défini par la réglementation en vigueur, ou sous l'empire de stupéfiants ou substances non prescrites médicalement.

4. Les accidents, ainsi que leurs suites, subis lors de l'utilisation de tout appareil de navigation aérienne, sauf en qualité de passager non rémunéré sur les lignes exploitées par les Compagnies agréées pour le transport public de personnes.

5. Les accidents ainsi que leurs suites :

- Dus à des rayonnements ionisants émis de façon soudaine ou fortuite par des combustibles nucléaires ou par des produits ou déchets radioactifs provenant de réacteurs ;
- Causés par des armes ou engins destinés à exploser par modification de structure du noyau d'atome ;
- Dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation, provenant de transmutation de noyaux d'atomes ou de la radioactivité, ou de radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules.

6. Les accidents, ainsi que leurs suites, occasionnés au cours de l'exercice de métiers appartenant à l'un des secteurs d'activités suivants : armée, police, forces de maintien de l'ordre ou aviation civile (personnel navigant).

7. Les accidents, ainsi que leurs suites, occasionnés par la pratique, par l'Assuré, d'un sport à titre professionnel ainsi que par sa participation à des épreuves de vitesse, des essais ou des compétitions nécessitant l'utilisation d'engins à moteur.

8. Tous dommages causés ou provoqués par une maladie contagieuse et ayant donné lieu à la mise en place ou à l'application de mesures spécifiques, sanitaires ou autres, par toute autorité nationale compétente.

Sanctions internationales

L'assureur ne sera tenu à aucune garantie, ne fournira aucune prestation et ne sera obligé de payer aucune somme au titre du présent contrat dès lors que la mise en oeuvre d'une telle garantie, la fourniture d'une telle prestation ou un tel paiement l'exposerait à une sanction, prohibition ou restriction résultant d'une résolution de l'Organisation des Nations Unies, et/ou aux sanctions économiques ou commerciales prévues par les lois et/ou règlements édictés par l'Union Européenne, la France, le Royaume-Uni et les États-Unis d'Amérique ou par tout autre droit national applicable au présent contrat prévoyant de telles mesures.

2. GARANTIE INDIVIDUELLE ACCIDENT

Ce contrat a été conçu pour protéger les assurés des conséquences d'un accident survenu dans le cadre du champ d'application des garanties mentionnées aux dispositions particulières AU184861.

Sauf mention contraire aux Dispositions Générales ou aux Dispositions Particulières AU184861, l'indemnisation de l'Assureur se limitera à la prise en charge des conséquences d'un accident.

2.1 PRISE D'EFFET DES GARANTIES À L'ÉGARD DES LICENCIÉS

Concernant la prise de licence pour la première fois, la garantie est accordée au jour de réception de la demande de licence par la Ligue. Elle cesse à la date de fin de validité de la licence.

Lors du renouvellement, les licenciés bénéficient automatiquement de la garantie sous réserve que ce renouvellement intervienne au plus tard dans le premier trimestre de la nouvelle saison.

2.2 INFORMATION PRÉCONTRACTUELLE

Au terme de l'article L.132-3 du Code des Assurances :

Il est défendu à toute personne de contracter une assurance en cas de décès sur la tête d'un mineur âgé de moins de douze ans, d'un majeur en tutelle, d'une personne placée dans un établissement psychiatrique d'hospitalisation. Toutefois, cette prohibition n'est pas applicable aux formules de financement d'obsèques mentionnées à l'article L.2223-33-1 du code général des collectivités territoriales souscrites sur la tête d'un majeur en tutelle.

Toute assurance contractée en violation de cette prohibition est nulle.

La nullité est prononcée sur la demande de l'assureur, du souscripteur de la police ou du représentant de l'incapable. Les primes payées doivent être intégralement restituées.

L'assureur et le souscripteur sont en outre passibles, pour chaque assurance conclue sciemment en violation de cette interdiction, d'une amende de 4 500 €. Ces dispositions ne mettent point obstacle dans l'assurance en cas de décès, au remboursement des primes payées en exécution d'un contrat d'assurance en cas de vie, souscrit sur la tête d'une des personnes mentionnées au premier alinéa ci-dessus ou au remboursement du seul montant des primes payées, en exécution d'un contrat d'assurance de survie, souscrit au bénéfice d'une des personnes mentionnées au premier alinéa ci-dessus.

2.3 DÉFINITIONS

Accident

Est considéré comme accident toute action, réaction ou résistance d'un élément extérieur à l'Assuré et résultant d'un événement soudain, imprévu et extérieur à ce dernier, ou involontaire et entraînant un préjudice corporel.

Sont également considérés comme accident :

- L'électrocution, l'hydrocution, la noyade,
- Les gelures, les insulations ou l'asphyxie survenant par suite d'un élément extérieur,
- L'empoisonnement, l'intoxication due à l'absorption par erreur de substances vénééreuses ou corrosives ou d'aliments avariés.

Les lésions internes telles que hernies, accidents cardio-vasculaires, sont assimilées à des atteintes corporelles garanties à la condition qu'elles résultent d'un choc provoqué par un agent extérieur à l'Assuré.

Enfant à charge

Les enfants de l'Assuré ou de son conjoint lorsqu'ils sont mineurs ou majeurs de moins de 25 ans s'ils sont rattachés au foyer fiscal de l'assuré ou, quel que soit leur âge, s'ils sont titulaires d'un titre leur reconnaissant un taux d'invalidité au moins égal à 80 %.

Franchise

Somme qui reste à la charge de l'Assuré. Elle peut être absolue ou relative et peut s'exprimer en euros, en pourcentage ou en jours.

Franchise absolue

L'Assuré ne reçoit aucune indemnité si le sinistre est inférieur ou égal à la franchise. Si le sinistre est supérieur à la franchise, celle-ci sera déduite de l'indemnité.

Franchise relative

L'Assuré ne reçoit aucune indemnité si le sinistre est inférieur ou égal à la franchise. Par contre, il sera indemnisé sans déduction de la franchise, si le sinistre dépasse celle-ci.

Incapacité temporaire totale

État de la victime d'un accident garanti, se traduisant par une impossibilité médicale temporaire totale d'exercer l'activité qu'il exerce pour le compte du souscripteur. Si l'Assuré n'exerce pas une activité pour le compte du souscripteur, c'est la période durant laquelle il est hospitalisé qui sera prise en compte. Invalidité permanente totale ou partielle

L'invalidité est dite "permanente" lorsque l'atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique (AIPP), suite à un accident garanti, se traduit par une réduction définitive (après consolidation), médicalement constatable, du potentiel physique, psychosensoriel et/ou intellectuel, résultant de l'atteinte à l'intégrité anatomo-physiologique, à laquelle s'ajoutent les souffrances physiques et psychiques permanentes, la perte de qualité de vie et des troubles dans les conditions d'existence au quotidien (personnelles, familiales et sociales).

Invalidité permanente totale ou partielle

L'invalidité est dite "permanente" lorsque l'atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique (AIPP), suite à un accident garanti, se traduit par une réduction définitive (après consolidation), médicalement constatable, du potentiel physique, psychosensoriel et/ou intellectuel, résultant de l'atteinte à l'intégrité anatomo-physiologique, à laquelle s'ajoutent les souffrances physiques et psychiques permanentes, la perte de qualité de vie et des troubles dans les conditions d'existence au quotidien (personnelles, familiales et sociales).

2.4 GARANTIES

DÉCÈS SUITE À ACCIDENT

Pour tout Assuré de plus de douze ans, le versement d'un capital en cas de décès de l'Assuré lorsque l'accident garanti entraîne son décès, y compris si le décès consécutif à cet accident garanti survient dans une période de deux ans à partir de la date de l'accident.

Le capital est versé aux bénéficiaires.

Si la victime est âgée de moins de douze ans ou qu'elle a le statut de majeur sous tutelle ou qu'elle est placée dans un établissement psychiatrique d'hospitalisation, le versement du capital garanti sera remplacé par le remboursement des seuls frais d'obsèques et de sépulture, dans la limite d'un plafond maximum de 10 000 € et déduction faite des versements perçus au titre d'autres organismes.

Si le décès est consécutif à un accident qui a donné lieu au versement d'un capital au titre de la garantie "Invalidité Permanente suite à accident", l'Assureur versera aux bénéficiaires, si le décès survient moins de deux ans après l'accident, le montant complémentaire éventuellement dû jusqu'à concurrence du capital garanti en cas de décès. La disparition sans nouvelles de l'Assuré peut être assimilée au décès à l'expiration d'un délai de 12 mois suivant la déclaration de sa disparition auprès des autorités compétentes et ce, sur constat judiciaire de la présomption d'absence.

FRAIS D'OBSÈQUES ET/OU DE SÉPULTURE

Un versement complémentaire au titre des frais d'obsèques et de sépulture, à concurrence des frais réellement déboursés, déduction faite des versements perçus au titre d'autres organismes, et du montant prévu aux Dispositions Particulières. Le bénéficiaire de cette garantie est la personne physique ou les personnes physiques qui ont supporté les frais d'obsèques. Ce remboursement s'effectuera sur présentation des factures justificatives.

INVALIDITÉ PERMANENTE SUITE À ACCIDENT

Le versement d'un capital lorsque l'accident garanti entraîne une invalidité permanente totale ou partielle.

Le capital est versé par l'Assureur après la date de la consolidation. Il est déterminé en multipliant le montant du capital mentionné aux Dispositions Particulières par le taux d'invalidité permanente totale ou partielle déterminé conformément au "barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité permanente du Concours Médical" et à ses conditions d'application.

Si la garantie souscrite prévoit une franchise relative d'invalidité, celle-ci figure aux Dispositions Particulières et sera appliquée sur le taux résultant du barème ci-dessus.

AMÉNAGEMENT DU DOMICILE ET/OU DU VÉHICULE

En cas d'accident entraînant une invalidité permanente totale ou une invalidité permanente partielle supérieure à 33 % garantie, l'Assureur remboursera les dépenses que l'Assuré aurait à engager, déduction faite des versements perçus au titre d'autres organismes, pour aménager son domicile principal et/ou son véhicule automobile personnel en vue de les adapter aux conséquences des handicaps résultant dudit accident garanti.

Ce remboursement s'effectuera sur présentation des factures justificatives, dans la limite de 10% du capital garanti au titre de la garantie Invalidité permanente suite à accident, figurant aux Dispositions Particulières, avec un maximum de 20 000 €.

Les dépenses, objet de la présente garantie, pourront être indemnisées à partir du moment où l'expertise médicale établit une invalidité permanente totale ou une invalidité permanente partielle prévisible supérieure à 33 %. Par la suite, elles doivent être engagées au plus tard dans l'année qui suit la date de consolidation de l'invalidité permanente totale ou partielle.

INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE

L'Assuré est considéré en état d'INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE lorsque, par suite d'accident garanti, il est reconnu définitivement incapable de se livrer à une occupation ni à aucun travail lui procurant gain ou profit, que son état n'est susceptible d'aucune amélioration et le met dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante et qu'il est :

- Soit titulaire auprès de la Sécurité Sociale d'une pension d'INVALIDITÉ de 3e catégorie,
- Soit, en cas d'ACCIDENT DU TRAVAIL, bénéficiaire d'une rente correspondant à un taux d'incapacité de 100 % majorée pour assistance d'une tierce personne.

Le versement du capital en cas d'invalidité absolue et définitive met fin à la garantie Décès.

ACCIDENT CORPOREL GRAVE – INVALIDITÉ ACCIDENTELLE SUITE À UN ACCIDENT DE SPORT UNIQUÉMENT

En cas d'accident survenant exclusivement pendant la pratique de l'activité sportive (à l'exclusion notamment des accidents de trajet), et lorsqu'il est constaté par expertise médicale que l'accident survenu peut entraîner des conséquences graves et irréversibles et que dans ces conditions le licencié blessé court le risque d'une invalidité fonctionnelle prévisible égale ou supérieure à 66 %, l'Assureur lui verse :

- Avant la consolidation et au plus tard dans les 4 mois de la blessure, un capital forfaitaire immédiat de 30 000 €. Ce forfait ne peut en aucun cas être remis en cause à la consolidation, même dans l'hypothèse où le blessé, bénéficiant d'une rémission, n'atteint pas lors de cette consolidation le taux de 66 %.
- À la consolidation et si le taux d'invalidité atteint ou excède 66 %, le solde du capital dû.

Cette garantie ne se cumule pas avec la garantie "INVALIDITÉ PERMANENTE" ni avec la garantie "INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE".

INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

Par dérogation à l'article 3.3 Indemnités journalières suite à accident des Dispositions Générales GA0023D, il est convenu que seuls peuvent bénéficier de cette garantie :

- Les arbitres,
- Les dirigeants,
- Les éducateurs,
- Les joueurs sélectionnés au niveau inter-ligues, inter-districts ou pôle espoir.

À condition qu'ils participent à des rencontres et matchs de sélection organisés par la Ligue ou les districts affiliés. L'indemnité journalière (dont le montant est indiqué au tableau de garanties ci-dessus) est versée après déduction faite d'une franchise absolue de trois jours.

Pour les assurés bénéficiant de cette garantie, cette dernière ne se cumule pas avec la garantie "hospitalisation médicale ou chirurgicale" ci-dessous.

HOSPITALISATION MÉDICALE OU CHIRURGICALE

En cas d'hospitalisation d'un assuré résultant d'un accident garanti, l'Assureur verse une prestation journalière forfaitaire, non soumise à conditions de revenus, dans la limite du montant figurant au tableau ci-dessus pendant la durée de l'hospitalisation uniquement.

Il est convenu que seuls sont considérés comme "assurés" au titre de cette garantie :

- Les arbitres,
- Les dirigeants,
- Les éducateurs,
- Les joueurs sélectionnés au niveau inter-ligues, inter-districts ou pôle espoir.

Pour les assurés bénéficiant de cette garantie, cette dernière ne se cumule pas avec la garantie "Indemnité journalière suite à accident" ci-dessus.

GARANTIE INDEMNITÉ JOURNALIÈRE EN CAS DE COMA

Si à la suite d'un accident et, sous réserves des exclusions prévues, un Assuré est plongé dans le coma pendant une période ininterrompue de plus de 15 jours, l'assureur versera au(x) bénéficiaire(s), au terme de ce délai, une avance sur capital prévu en DÉCÈS ou INVALIDITÉ. Il s'agit d'une indemnité à compter du 15^e jour de coma et pendant une durée maximale de 365 jours égale au montant indiqué au tableau de garantie ci-après.

En cas de décès ultérieur de l'Assuré, consécutif à cet accident, l'Assureur versera au(x) bénéficiaire(s) le solde du capital prévu.

En cas de survie de l'Assuré cette avance lui restera acquise.

En cas d'Infirmitté totale ou partielle, consécutive à cet accident, l'Assureur versera à l'assuré le solde du capital prévu.

Par coma il faut entendre tout état caractérisé par la perte des fonctions de relations (conscience, mobilité, sensibilité) avec conservation de la vie végétative (respiration, circulation sanguine spontanée) déclaré par une autorité médicale habilitée à exercer ses fonctions en France.

Pour mettre en oeuvre la garantie, le Souscripteur ou le(s) bénéficiaire(s) feront parvenir à la compagnie, au terme des 15 jours, un certificat médical attestant de l'état ininterrompu de coma de l'Assuré.

REMBOURSEMENT COMPLÉMENTAIRE DE FRAIS MÉDICAUX

Cette garantie ne s'applique qu'aux licenciés.

Objet de la garantie

Lorsqu'un accident corporel dont l'Assuré a été victime, nécessite des soins et/ou l'application d'un traitement ordonné médicalement, l'Assureur garantit le remboursement des frais engagés par l'Assuré définis ci-dessous, sur présentation de pièces justificatives (prescription médicale, ordonnances, devis, factures acquittées...).

Conditions de garantie

Cette garantie ne pourra s'appliquer qu'aux conditions expresses et cumulatives suivantes :

- Que l'assuré ait subi un accident ayant entraîné une blessure médicalement constatée,
- Que l'assuré relève d'un régime primaire d'assurance maladie ou de tout organisme de prévoyance,
- Que l'assuré effectue, au retour dans son pays de domicile ou sur place, toutes les démarches nécessaires au recouvrement desdits frais auprès des organismes concernés.

Définition des frais médicaux

La garantie s'applique exclusivement :

- Au remboursement des frais suivants :
 - Honoraires des praticiens,
 - Frais de médicaments prescrits par un médecin ou un chirurgien,
 - Frais d'intervention chirurgicale et d'hospitalisation,
 - Frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation,
 - Frais de chambre particulière,
 - Forfait journalier hospitalier,
 - Frais d'ostéopathie,
 - Frais de transport de l'assuré (et de son accompagnateur si nécessaire) du lieu de l'accident au centre de soins le plus proche adapté à son cas.
- Au remboursement des frais suivants lorsque l'Assuré, préalablement à l'accident, était équipé de lunettes et/ou de prothèses (dentaire, auditive, orthopédique), sur prescription médicale et dispensée par des praticiens munis des diplômes exigés par les pouvoirs publics :
 - Frais de soins et de prothèse dentaire, auditive ou orthopédique : en cas de bris directement imputable à un accident ayant causé une blessure médicalement constatée :
 - > D'une dent définitive,

- > D'un appareil orthodontique,
- > D'une prothèse auditive,
- > D'une prothèse orthopédique ; dans ce cas, le remboursement est limité aux frais de premier appareillage.
- Frais d'optique (monture et/ou verres) : en cas de bris directement imputable à un accident ayant causé une blessure médicalement constatée.

MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

L'Assureur rembourse à l'Assuré le montant des frais médicaux restant à sa charge après remboursement effectué par la Sécurité sociale, la mutuelle et/ou tout autre organisme de prévoyance dont bénéficie l'Assuré dans son pays de domicile, sans toutefois que l'Assuré ne puisse percevoir un montant supérieur à ses frais réels.

L'Assuré s'engage à transmettre à l'Assureur les documents suivants :

- Décomptes originaux des organismes sociaux et/ou de prévoyance justifiant des remboursements obtenus,
- Originaux des factures d'hospitalisation,
- Photocopies des notes de soins justifiant des dépenses engagées.

À défaut, l'Assureur ne pourra procéder au remboursement.

Dans l'hypothèse où les organismes auxquels l'Assuré cotise ne prendraient pas en charge les frais médicaux engagés, l'Assureur remboursera lesdits frais à l'Assuré, sous réserve que ce dernier communique préalablement à l'Assureur les factures originales/ou copies de frais médicaux et l'attestation de non prise en charge émanant des organismes susvisés.

ASSURANCES CUMULATIVES

Si les Frais garantis par le contrat sont ou viennent à être couverts par une autre assurance, l'Assuré devra en informer l'Assureur conformément à l'article L 121 -4 du Code des Assurances. Quand plusieurs assurances contre un même risque sont contractées de manière dolosive ou frauduleuse, les sanctions prévues à l'article L 121 -3 premier alinéa du Code des Assurances, sont applicables.

Quand elles sont contractées sans fraude, chacune d'elles produit ses effets dans les limites des garanties du contrat et dans le respect des dispositions de l'article L 121 -1 du Code des Assurances, quelle que soit la date à laquelle l'assurance aura été souscrite. Dans ces limites, le Bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnisation de ses dommages en s'adressant à l'Assureur de son choix.

EXCLUSIONS SPÉCIFIQUES COMPLÉMENTAIRES

En complément des exclusions prévues au sein des Dispositions Générales GA0023D, ne peuvent donner lieu à remboursement :

- LES TRAITEMENTS (CONSULTATION, PHARMACIE, HOSPITALISATION) DE PSYCHOTHÉRAPIE, PSYCHIATRIE, DE PSYCHANALYSES, DE MALADIES MENTALES, DÉPRESSIVES OU NERVEUSES,
- LES FRAIS DE PROTHÈSE ET D'APPAREILLAGE AUTRES QUE CEUX MENTIONNÉS A L'ARTICLE "REMBOURSEMENT COMPLÉMENTAIRE DES FRAIS MÉDICAUX",
- LES FRAIS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX ENGAGÉS DANS UN BUT ESTHÉTIQUE,
- LES FRAIS MÉDICAUX RELATIFS À DES TRAITEMENTS EXPÉRIMENTAUX OU DONT L'EFFICACITÉ N'EST PAS RECONNUE PAR LE CORPS MÉDICAL,
- LES DOMMAGES RÉSULTANT DE VOLS, DISPARITIONS OU PERTES,
- LES LUNETTES DE SOLEIL OU D'AGRÈMENT,
- LES FRAIS DE TRANSPORT RÉPÉTITIFS LIÉS À UNE AFFECTION CHRONIQUE,
- LES TRAITEMENTS DE RÉÉDUCATION QUI NE SÉRAIENT NI FONCTIONNELLE NI MOTRICE,
- LES FRAIS ENGAGÉS PLUS DE DEUX ANS APRÈS L'ACCIDENT,
- LES FRAIS D'ENTRETIEN ET DE REMPLACEMENT D'APPAREILS DE PROTHÈSES.

FRAIS DE TRANSPORT

Nous remboursons à l'assuré les frais suivants :

- Les frais de premier transport du lieu de l'accident à celui de l'établissement hospitalier le plus proche susceptible de donner les premiers soins,
- Les transports pour se rendre aux soins prescrits par certificat médical.

Documents nécessaires au règlement du sinistre

En complément des éléments indispensables au règlement du sinistre repris à l'article 6 de nos Dispositions Générales GA0023D, l'assureur aura impérativement besoin des factures acquittées ainsi que tout élément justifiant la nécessité de recourir aux leçons particulières et/ou aux moyens de transport exceptionnels.

FRAIS DE REMISE À NIVEAU SCOLAIRE

Nous remboursons à l'assuré les frais suivants :

- Le coût des leçons particulières de remise à niveau scolaire pour l'assuré victime d'un accident l'empêchant médicalement de fréquenter l'établissement pendant plus de quinze jours scolaires consécutifs. Documents nécessaires au règlement du sinistre : En complément des éléments indispensables au règlement du sinistre repris à l'article 6 de nos Dispositions Générales GA0023D, l'assureur aura impérativement besoin des factures acquittées ainsi que tout élément justifiant la nécessité de recourir aux leçons particulières.

FRAIS DE REDOUBLEMENT DE L'ANNÉE D'ÉTUDES

Objet de la garantie

Nous remboursons à l'assuré les frais de redoublement de l'année d'étude, lorsque le redoublement n'est pas lié à un absentéisme dû à une hospitalisation prolongée.

Conditions de garantie

Tout assuré inscrit dans un établissement préscolaire, scolaire ou universitaire et désigné aux Dispositions Particulières. Dans tous les cas, notre garantie cesse dès lors que l'élève assuré n'est plus inscrit dans un établissement préscolaire, scolaire ou universitaire.

Documents nécessaires au règlement du sinistre

En complément des éléments indispensables au règlement du sinistre repris à l'article 6 de nos Dispositions Générales GA0023D, l'assureur demandera les bulletins scolaires antérieurs à l'accident afin de vérifier que la baisse des résultats scolaires présente un lien avec l'accident.

Il est donc nécessaire de présenter votre dossier scolaire complet.
Seules sont garanties les conséquences directes de l'accident corporel.
Ne sont donc jamais pris en compte les aggravations dues à une maladie, une infirmité ou un état pathologique antérieur à la date de survenance de l'accident, à un manque de soins ou un traitement empirique qui vous serait imputable.

FRAIS DE RECONVERSION PROFESSIONNELLE

Lorsqu'un Assuré est victime d'un Accident garanti et qu'il est déclaré inapte par la Médecine du Travail à poursuivre son activité professionnelle en l'état, l'Assureur rembourse, sur présentation des factures, les frais de conseil auprès d'un prestataire spécialisé ainsi que les coûts de formation engagés par le Souscripteur en vue du reclassement de l'Assuré.

BONUS SANTÉ

L'assuré bénéficie, sur justificatifs, d'un "Bonus Santé" à concurrence d'un montant global maximal de 2 000 € par accident, dans la limite des frais réels restant à charge.

Ce Bonus Santé est disponible en totalité à chaque accident. S'il a été entamé ou épuisé à l'occasion d'un premier accident, il se reconstitue en cas d'accident ultérieur.

L'assuré pourra disposer de ce Bonus Santé pour le remboursement, après intervention de ses régimes de prévoyance obligatoire et complémentaire, et sur justificatifs, de toutes les dépenses suivantes sous réserve qu'elles soient prescrites médicalement et directement liées à l'accident pris en charge :

- Les dépassements d'honoraires médicaux ou chirurgicaux,
- Les prestations hors nomenclature ou non remboursables par la Sécurité Sociale,
- Les bris de lunettes et perte de lentilles durant les activités sportives,
- Les frais de prothèse dentaire,
- En cas d'hospitalisation :
 - La majoration pour chambre particulière (les suppléments divers de confort personnel : téléphone, télévision, etc. ne sont pas pris en compte)
 - Si le blessé est mineur : le coût d'hébergement d'un parent accompagnant facturé par l'hôpital, ainsi que les frais de trajet,
 - Les frais de transport des accidentés pour se rendre de leur domicile au lieu de leurs activités scolaires, universitaires, professionnelles,
 - Les frais d'ostéopathie (ils devront être prescrits et pratiqués par un médecin praticien),
 - Et d'une façon générale tous frais de santé prescrits par un médecin praticien.

FRAIS DE RECHERCHE ET DE SECOURS SUITE À ACCIDENT

Définitions

Pour l'application de la présente garantie, il faut entendre par :

Frais de recherche et de secours :

Les frais occasionnés par les opérations de recherche, de sauvetage et de transport et engagés par des sauveteurs ou par des organismes publics ou privés lors de tout accident mettant ou pouvant mettre en péril la vie de l'Assuré. Par transport, on entend le transport de l'Assuré du lieu du sauvetage jusqu'à la localité la plus proche ou si son état nécessite une hospitalisation jusqu'à la clinique ou l'hôpital le plus proche.

Franchise :

Montant des frais engagés par l'Assuré que l'Assureur ne prendra jamais en charge. Cette franchise est exprimée en euros.

Prestations garanties

Pour les frais de recherche et de secours le remboursement de l'Assureur ne pourra s'effectuer que sur présentation de la demande émanant des sauveteurs ou des organismes publics ou privés, avec le détail des dépenses encourues. La prise en charge des frais engagés dont le remboursement est demandé à l'Assuré sera effectuée à concurrence de la somme mentionnée aux Conditions Particulières.

Indemnités journalières – uniquement pour les arbitres, dirigeants et éducateurs, joueurs sélectionnés	Maximum 20 € / jour (365 jours maximum)	3 jours (franchise absolue)
Hospitalisation médicale ou chirurgicale – uniquement pour les arbitres, dirigeants et éducateurs, joueurs sélectionnés	20 € / jour durant l'hospitalisation	Néant
Indemnités journalières en cas de coma	10 € / jour de coma	15 jours de coma consécutifs (franchise absolue)
Frais médicaux / d'hospitalisation / pharmaceutiques (1)	300 % tarif convention Sécurité Sociale	Néant
Forfait journalier hospitalier (1)	Frais réels (365 jours maximum)	Néant
Prothèse dentaire (1)	Maximum 500 € par accident (max 1 500 €/an)	Néant
Frais d'orthodontie (1)	Maximum 1 000 € par accident	Néant
Bris optiques (lunettes/lentilles) (1)	Maximum 500 € par accident	Néant
Forfait prothèse auditive (1)	Maximum 1 000 € par accident	Néant
Forfait appareils et matériels divers (cannes, béquilles, fauteuils roulants...) (1)	Maximum 500 € par accident	Néant
Frais de remise à niveau scolaire	40 € / jour (max 2 800 €)	15 jours (franchise absolue)
Frais de redoublement d'études	7 630 € par licencié	Néant
Frais de reconversion professionnelle	7 630 € par licencié	Néant
Bonus santé	2 000 € par accident	Néant
Frais de recherche, de secours	30 000 € par accident	Néant
Frais de transport	Frais réels	Néant

1) En complément ou à défaut des prestations fournies par les régimes sociaux obligatoires, les régimes complémentaires, et dans la limite des frais engagés et uniquement pour les licenciés.

TABLEAU DE GARANTIES ET DES FRANCHISES APPLICABLES EN CAS DE SINISTRE – GARANTIES DE BASE

	Garanties de base	
	Titulaires de la licence	Franchise
Décès Uniquement pour les assurés de plus de 12 ans	- Membre du Conseil de Ligue, du Conseil de District ou d'une Commission de Ligue 40 000 € - Autres assurés 31 000 € + 15 % p ar enfant à charge	Néant
Frais d'obsèques et de sépulture :		Néant
1. Assurés de moins de 12 ans	10 000 €	
2. Assurés de plus de 12 ans	5 000 €	
Invalidité permanente	92 000 €	5% (franchise relative)
Accident corporel grave - invalidité accidentelle suite à un accident de sport uniquement	300 000 €	66 % de taux d'invalidité (franchise absolue)
Aménagements du domicile et/ou du véhicule en cas d'Invalidité Permanente (IP) supérieure à 33 %	10 % d u capital assuré en IP (20 000 € maximum)	IP > 33 %

TABLEAU DE GARANTIES ET DES FRANCHISES APPLICABLES EN CAS DE SINISTRE - GARANTIES OPTIONNELLES

Garantie	Formule B Garantie 1	Formule C Garantie 2	Formule D Garantie Renforcée "Spécial Invalidité"	Franchise
Décès	Garanties de base + 25%	Garanties de base + 50%	NÉANT	NÉANT
Invalidité permanente	Garanties de base + 25%	Garanties de base + 50%	À compter d'un taux d'invalidité de 33% , le capital de référence est porté à : 120 000 €	NÉANT
Indemnités journalières*, en cas d'interruption d'activité	20 € / jour, indemnisation au maximum pendant 365 jours	24 € / jour, indemnisation au maximum pendant 365 jours	NÉANT	21 jours

	Formule E Garantie Arrêt de jeu niveau 1	Formule F Garantie Arrêt de jeu niveau 2	Formule G Garantie Arrêt de jeu niveau 3	Formule H Garantie Arrêt de jeu niveau 4	Franchise
Indemnités journalières*, en cas d'interruption d'activité	8 € / jour, indemnisation au maximum pendant 365 jours	12,50 € / jour, indemnisation au maximum pendant 365 jours	16 € / jour, indemnisation au maximum pendant 365 jours	23 € / jour, indemnisation au maximum pendant 365 jours	4 jours

* Après intervention des régimes obligatoires et complémentaires

PRESTATIONS INCLUSES

Accompagnement de crise : 100 000 € par année d'assurance

**SAISON 2026/2027
NOUVELLE PLATEFORME ASSURANCE LICENCIÉS**

Complétez votre protection en 3 clics !



Augmentez votre niveau de couverture globale



Augmentez vos plafonds d'indemnités en cas d'interruption d'activité



Renforcez votre niveau de couverture en cas d'invalidité permanente

Achetez vos garanties complémentaires sur

www.helmett-sport.com



Si vous ne souhaitez pas souscrire en ligne, retrouvez le formulaire de souscription dans la rubrique téléchargements de www.helmett-sport.com.