



ENTREPRISE



FFHANDBALL

Référence Assureur-conseil : 58031

**SARL BILLET GL ASSURANCES**

Agent Gal Exclusif MMA – Siren 789979010

19 Square Gambon - BP 114

58205 COSNE SUR LOIRE CEDEX

Tél. 03 86 28 20 74 / Fax : 03 86 28 29 06

Email : cabinet.billet@mma.fr

N° Orias : 13001802 – www.orias.fr

Souscripteur :

**FEDERATION FRANCAISE DE HAND BALL**

**1, rue Daniel Costantini**

**CS 90047**

**94046 CRETEIL Cedex**

**CONTRAT D'ASSURANCE**

**CONTRAT « SPORTIFS DE HAUT NIVEAU »**

**N° 115 179 626**

**Avenant à effet du 01 / 07 / 2023**

## COMPOSITION DU CONTRAT

Le présent contrat se compose des documents suivants :

- **LES CONDITIONS PARTICULIERES**  
signées par le Souscripteur et qui sont établies à partir des réponses apportées aux questions posées par l'Assureur. Elles précisent notamment :
  - La ou les activités garanties,
  - La définition des assurés,
  - Les déclarations du souscripteur,
  - La date d'effet du contrat.
- **LES CONVENTIONS SPECIALES N° 990**  
dédiées aux garanties
- **LES CONDITIONS GENERALES N° 250**  
qui ont pour objet de présenter :
  - Le lexique général et exclusions communes,
  - Le fonctionnement de votre contrat et les informations utiles,

Votre contrat est régi par le Code des assurances et par ces documents qui vous sont remis à la souscription et lors de toute modification contractuelle (avenant).

En cas de contradiction, les Conditions particulières prévalent sur les Conventions spéciales qui elles-mêmes prévalent sur les Conditions générales.

Au titre du présent contrat, les Conventions spéciales sont complétées par les annexes suivantes :

✓ *néant*

## HISTORIQUE DU CONTRAT

Date d'effet	Objet et description succincte du mouvement
29 / 08 / 2016	AFFAIRE NOUVELLE
01 / 11 / 2018	AVENANT : MISE A JOUR DES GARANTIES SUITE A DECRET + ACTUALISATION DE LA LISTE DES ASSURES
01 / 11 / 2022	AVENANT DE RENOUELEMENT SUITE A APPEL A CONCURRENCE
01 / 07 / 2023	AVENANT : MISE A JOUR CS 990

## SOMMAIRE

<b>CONDITIONS PARTICULIERES .....</b>	<b>5</b>
<b>1 PARTIES AU CONTRAT .....</b>	<b>6</b>
<b>2 RENSEIGNEMENTS GENERAUX .....</b>	<b>7</b>
2.1 DECLARATION DU SOUSCRIPTEUR .....	7
2.2 PRISE D'EFFET ET CESSATION DE LA GARANTIE.....	7
<b>3 DEFINITION DES ASSURES ET DES ACTIVITES GARANTIES .....</b>	<b>7</b>
3.1 DEFINITION DES ASSURES .....	7
3.2 ACTIVITES GARANTIES.....	7
<b>4 TABLEAUX DES GARANTIES.....</b>	<b>8</b>
4.1 ASSURANCE DES ACCIDENTS CORPORELS .....	8
<b>5 COTISATION .....</b>	<b>9</b>
5.1 DETERMINATION DE LA COTISATION UNITAIRE .....	Erreur ! Signet non défini.
5.2 MONTANT DE LA COTISATION ANNUELLE .....	Erreur ! Signet non défini.
5.3 REVISION DE LA COTISATION.....	Erreur ! Signet non défini.
5.4 DECLARATION DES ELEMENTS DE REVISION.....	Erreur ! Signet non défini.
<b>6 PRISE D'EFFET ET DUREE DU CONTRAT.....</b>	<b>9</b>
<b>7 SIGNATURE DES PARTIES .....</b>	<b>9</b>

## CONDITIONS PARTICULIERES

### CONTRAT « SPORTIFS DE HAUT NIVEAU »

N° 115 179 626

## 1 PARTIES AU CONTRAT

Le présent contrat d'assurance est conclu entre :

Le Souscripteur : **FEDERATION FRANCAISE DE HANDBALL**  
**1 rue Daniel Costantini**  
**94046 CRETEIL Cedex**

**Agissant tant pour son compte que pour celui de qui il appartient.**

Et l'Assureur : **MMA IARD Assurances Mutuelles, Société d'assurances mutuelle à cotisations fixes**  
**RCS Le Mans 775 652 126**  
**MMA IARD, société anonyme au capital de 537 052 368 euros**  
**RCS Le Mans 440 048 882**  
**Sièges sociaux : 14 boulevard Marie et Alexandre Oyon – 72030 Le Mans Cedex 9**

**Entreprises régies par le code des assurances**  
**Ces sociétés sont dénommées ensemble MMA l'assureur ou MMA Assistance dans le contrat**

Par l'intermédiaire de : **SARL BILLET GL ASSURANCES**  
**Agent Gal Exclusif MMA**  
**19, square Gambon - BP 114**  
**58205 Cosne sur Loire cedex**

Référence : **5803**

## 2 RENSEIGNEMENTS GENERAUX

### 2.1 DECLARATION DU SOUSCRIPTEUR

La présente déclaration est conforme aux renseignements fournis dans l'appel à concurrence transmis à l'assureur lors de l'affaire nouvelle.

#### DESCRIPTIF DU RISQUE

- Nombre de sportifs de haut niveau : 151

#### SINISTRALITE ANTERIEURE

Police MMA en cours depuis le 29/08/2016

### 2.2 PRISE D'EFFET ET CESSATION DE LA GARANTIE

Les garanties du présent contrat prennent effet dès lors que l'assuré est placé sur la liste des sportifs de haut niveau par la FFHB et cessent automatiquement dès lors qu'il ne l'est plus.

## 3 DEFINITION DES ASSURES ET DES ACTIVITES GARANTIES

### 3.1 DEFINITION DES ASSURES

Sont assurées au titre du présent contrat, les personnes physiques suivantes :

- Les sportifs de haut niveau inscrits sur les listes « Elite », « Senior », « Jeunes » et « reconversion » par la FFHB.

Nb : cette liste est consultable sur le site du ministère de la ville, de la jeunesse et des sports (<http://www.sports.gouv.fr/pratiques-sportives/sport-performance/Sport-de-haut-niveau/article/Liste-des-sportifs-de-haut-niveau>)

### 3.2 ACTIVITES GARANTIES

Toutes activités pratiquées par l'assuré sous l'égide de la FFHB, de ses organes déconcentrées (ligues, comités) ou d'un de ses clubs. Notamment la pratique à haut niveau du Handball et ses activités connexes en entraînement ou en compétition.

**Les trajets pour se rendre sur les lieux de ces activités et en revenir sont couverts.**

## 4 TABLEAUX DES GARANTIES

Les montants ci-dessous, pour l'ensemble des garanties, ne sont pas indexés.

### 4.1 ASSURANCE DES ACCIDENTS CORPORELS

LES GARANTIES « SPORTIFS DE HAUT NIVEAU »		
NATURE DES GARANTIES	MONTANT DES GARANTIES	MONTANT DES FRANCHISES
<b><u>ASSURANCE DES ACCIDENTS CORPORELS</u></b>		
<b>DECES</b>	20 000 EUR (1)	Néant
<b>INVALIDITE PERMANENTE</b> ..... Capital réductible sur la base du taux d'AIPP retenu après consolidation	30 000 EUR (1)	Franchise relative de 6%
<b>REMBOURSEMENT DE SOINS</b> ..... (sous déduction des prestations éventuelles d'un régime de prévoyance dans la limite des frais réels)	150% du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale	Néant
<u>Avec une sous-limite de :</u>		
- Frais hospitaliers.....	Selon montant légal	
- Chambre particulière.....	30 EUR / jour, maxi 30 jours	
- Prothèse dentaire, par dent (forfait) .....	300 EUR	
- Bris de lunettes ou lentilles (forfait) .....	300 EUR	
- Prothèse auditive, par appareil (forfait).....	500 EUR	
- Frais d'appareillage (fauteuil, béquilles,...) .....	800 EUR	
- Frais non remboursables prescrits médicalement .....	200 EUR	
Frais de transport primaire (non pris en charge par la SS)	2 000 EUR porté à 3 000 EUR pour les transports par hélicoptère	Néant
<b>FRAIS DE RECHERCHES ET DE SECOURS</b>	10 000 EUR	
<b>FRAIS DE RAPATRIEMENT</b>	10 000 EUR	
<b>FRAIS DE REMISE A NIVEAU SCOLAIRE</b>	1 600 EUR	15 jours d'arrêt
<b>FRAIS DE REDOUBLEMENT DE L'ANNEE D'ETUDES</b>	3 000 EUR	2 mois d'arrêt
<b>FRAIS DE RECONVERSION PROFESSIONNELLE</b> En cas de taux d'infirmité permanente > à 35%	3 000 EUR	35% d'IPP
<b>FRAIS SUPPLEMENTAIRES DE TRANSPORT</b>		
- Pour se rendre au travail et/ou à l'école	20 EUR / jour - versement 5J/7 pendant 3 mois maxi	5 jours
- Pour se rendre aux consultations médicales et/ou examens	A concurrence de 2.000 EUR	néant

(1) Garantie limitée à 10.000.000 € maximum en cas de sinistre collectif

## 5 COTISATION

Information confidentielle

## 6 PRISE D'EFFET ET DUREE DU CONTRAT

Le présent avenant au contrat prend effet le 01 / 07 / 2023.

L'échéance annuelle est fixée au 01 / 01

Il est conclu pour une durée de **1 AN**

Les parties ont la faculté de dénoncer chaque année le contrat par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. Cette dénonciation doit être adressée par Lettre Recommandée avec demande d'Avis de Réception dans un délai de six mois au moins avant chaque échéance annuelle pour l'assureur et trois mois au moins avant chaque échéance annuelle pour le souscripteur.

## 7 SIGNATURE DES PARTIES

Le souscripteur certifie que les réponses faites par lui aux questions qui ont été posées par l'assureur sont, à sa connaissance, exactes, sachant qu'il s'expose, en cas de réticence, de fausse déclaration, d'omission ou de déclaration inexacte, aux sanctions prévues par les articles L 113-8 (nullité des contrats) et L 113-9 (réduction des indemnités) du Code des assurances quand cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur.

Le souscripteur est informé de la nécessité d'informer l'assureur de toute modification relative aux réponses apportées si elles venaient à évoluer.

Les Conditions générales n° 250, les Conventions spéciales n°990 ainsi que les statuts de MMA IARD Assurances Mutuelles ont été remis au souscripteur le 20/06/2016 (JJ/MM/AAAA).

Le souscripteur reconnaît en avoir pris connaissance avant la souscription du contrat.

Les données à caractère personnel concernant le souscripteur sont utilisées dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution de ses contrats d'assurance. Elles peuvent également être utilisées à des fins de gestion commerciale sauf opposition de sa part, de contrôle interne, de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, ainsi que de lutte contre la fraude à l'assurance. Ce dernier traitement peut entraîner une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude. Les données sont destinées à MMA IARD SA, responsable des traitements, et pourront être transmises, dans les limites de leurs habilitations, aux entités, mandataires et partenaires contractuellement ou statutairement liés à MMA IARD SA et à des organismes professionnels. Le souscripteur dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes, en s'adressant par courrier au Service Réclamations Clients MMA - Informatiques et libertés - 14 boulevard Marie et Alexandre OYON 72030 LE MANS Cedex 9. Si le souscripteur ne souhaite pas recevoir d'offre commerciale il peut s'y opposer en cochant la case ci-dessous ou ultérieurement auprès du Service Réclamations Clients MMA.

Le souscripteur ne souhaite pas recevoir d'offre commerciale.

Fait à **Paris (75)**

le **09/06/2023**

Le souscripteur

La FEDERATION FRANÇAISE DE HANDBALL

représentée par son Président,

L'Assureur



**CONVENTIONS SPECIALES**  
**N° 990**  
**« FEDERATIONS SPORTIVES »**

## 1 DEFINITIONS GENERALES

### **Accident :**

Tout événement soudain et extérieur à la personne lésée ou au bien endommagé constituant la cause de dommages corporels, matériels ou immatériels.

### **Activités assurées :**

Les activités assurées au titre du contrat sont définies aux Conditions particulières.

### **Assuré :**

Les assurés garantis au titre du contrat sont définis aux Conditions particulières.

### **Assureur :**

MMA IARD Assurances Mutuelles, Société d'assurances mutuelle à cotisations fixes  
RCS Le Mans 775 652 126.  
MMA IARD, société anonyme au capital de 537 052 368 euros  
RCS Le Mans 440 048 882.  
Sièges sociaux : 14 boulevard Marie et Alexandre Oyon – 72030 Le Mans Cedex 9  
Entreprises régies par le code des assurances.

Ces sociétés sont dénommées ensemble MMA l'assureur ou MMA Assistance dans le contrat

### **Atteintes à l'environnement :**

- l'émission, la dispersion, le rejet ou le dépôt de toute substance solide, liquide ou gazeuse, diffusée par l'atmosphère, les eaux ou le sol,
- la production d'odeurs, bruits, vibrations, ondes, radiations, rayonnements ou variations de température excédant la mesure des obligations ordinaires de voisinage.

### **Atteintes à l'environnement accidentelles:**

*Atteinte à l'environnement* dont :

- La manifestation est concomitante à l'évènement soudain et imprévu qui l'a provoquée,
- Et qui ne se manifeste pas de façon lente, graduelle, progressive ou chronique.

### **Bien confié :**

Le bien meuble qui a été remis à l'assuré dans le cadre des activités assurées par le présent contrat.

### **Conflit d'intérêt :**

Cas de conscience qui se pose à l'assureur :

- soit, lorsque pour respecter un engagement envers l'assuré, l'assureur doit défendre et faire valoir les droits de l'assuré à l'encontre de ses propres intérêts,
- soit lorsque, pour respecter ses engagements envers l'assuré et un autre de ses assurés, l'assureur doit défendre et faire valoir des droits opposés à l'occasion d'un même sinistre.

### **Cyber-attaque :**

Acte de malveillance d'origine externe à l'assuré\* (y compris par l'introduction d'un virus informatique), affectant ses ressources informatiques/numériques\* ou celles qui lui sont confiées :

- qui porte atteinte à l'authenticité, l'intégrité, la confidentialité des ressources informatiques/numériques\*
- et/ou données numériques\*, et/ou qui rend impossible l'utilisation ou l'accès à ces ressources informatiques/numériques\* et/ou données numériques\*,
- et/ou qui permet une utilisation frauduleuse de ces ressources informatiques/numériques\* et/ou données numériques\*.

### **Dommmages corporels**

Toute atteinte à l'intégrité physique et psychique des personnes.

### **Dommmages immatériels :**

Tous préjudices pécuniaires, autres que corporels ou matériels

### **Dommmage immatériel consécutif :**

Tout dommage immatériel qui est la conséquence d'un dommage corporel ou matériel garanti.

### **Dommmage immatériel non consécutif :**

Tout dommage immatériel :

- consécutif à des dommages corporels ou matériels non garantis,
- non consécutif à un quelconque dommage corporel ou matériel.

### **Dommmages matériels :**

Toute destruction, détérioration, perte, disparition d'une chose ou d'une substance, toute atteinte physique subie par un animal.

### **Données numériques :**

Toutes données électroniques ou sur support numérique existant sous une forme directement exploitable par une ressource informatique/numérique.

### **Epidémie :**

Augmentation et propagation rapides d'une Maladie Infectieuse chez un grand nombre de personnes dans un lieu donné, tel qu'une ville, agglomération, département, région ou un ou plusieurs pays.

### **Epizootie :**

Augmentation et propagation rapides d'une maladie, infection ou infestation faisant partie de la liste des maladies à déclaration obligatoire de l'OIE (Organisation mondiale de la santé animale), telle que régulièrement mise à jour, frappant un grand nombre d'animaux d'une espèce animale ou d'un groupe d'espèces dans un lieu donné, tel qu'une ville, agglomération, département, régions, ou un ou plusieurs pays.

### **Faute :**

Toute inobservation par l'assuré des dispositions légales ou statutaires, toute erreur de gestion commise par imprudence, négligence ou omission, et tout acte fautif susceptible d'engager sa responsabilité personnelle ou solidaire.

**Franchise :**

Part des dommages restant toujours à la charge de l'assuré.

**Franchise relative :**

Montant ou taux au-delà duquel l'indemnité est intégralement à la charge de l'Assureur. En revanche, l'Assureur n'indemnise aucun sinistre dont le montant ou taux est inférieur ou égal à la franchise relative fixée.

**Livraison :**

La remise effective d'un produit, d'une marchandise ou d'un matériel par l'assuré. Elle est réputée s'effectuer à partir du moment où l'assuré n'est plus en mesure d'exercer un contrôle matériel direct sur les conditions d'usage ou de consommation du produit ou de modifier ces conditions.

**Locaux permanents :**

Lieux dont l'assuré a l'usage d'une façon permanente et qui sont continuellement affectés à l'exploitation des activités assurées. Ils comprennent essentiellement le siège social, les succursales, les annexes ou dépôts.

Ne sont pas considérés comme locaux permanents les bâtiments ou parties de bâtiment n'appartenant pas à l'assuré mais dont il a l'usage occasionnel, en tant que locataire ou occupant, pour les besoins des activités assurées :

- soit à temps plein *pour une durée inférieure à 31 jours consécutifs*,
- soit à temps partiel pour des usages intermittents.

**Maladie Infectieuse :**

Toute maladie transmissible causée par toute souche du SARS-COV-1, toute souche du SARS-COV-2, toute souche de grippe A (H1N1) ou de grippe (H5N1), toute souche virus ou de bactérie à l'origine de pneumopathie atypique ou de méningocoque, toute souche de bactérie Bacillus anthracis, la peste sous toutes ses formes, toute souche de virus Ebola, ainsi que les mutations ou variations de ces souches, tout comme toute maladie et infection visée dans l'arrêté du 12 juillet 2017 (modifié par arrêté du 28 mars 2020) fixant les listes des infections transmissibles prescrivant ou portant interdiction de certaines opérations funéraires mentionnées à l'article R 2213-2-1 du code général des collectivités territoriales, directement ou par renvoi aux avis du Haut Conseil de la santé publique, ainsi que dans toute disposition venant compléter, modifier ou remplacer ledit arrêté.

**Pandémie :**

Epidémie qui s'étend à la population d'un ou plusieurs continents, voire au monde entier.

**Réclamation :**

Mise en cause de la responsabilité de l'assuré, soit par lettre adressée à l'assuré ou à l'assureur, soit par assignation devant un tribunal civil ou administratif. Un même sinistre peut faire l'objet de plusieurs réclamations, soit d'une même victime, soit de plusieurs victimes.

**Ressources informatiques/numériques :**

Tout dispositif électronique et/ou numérique, ordinateur, matériel, fixe ou portable, logiciel, progiciel, système et outil de communication, serveur, base de données, cloud, ainsi que tout dispositif de stockage, entrée et sortie de données, équipement de réseau ou installation de sauvegarde associés. Ces ressources peuvent être connectées à un réseau ou non.

**Sinistre :**

Tout dommage ou ensemble de dommages causés à autrui, engageant la responsabilité de l'assuré, résultant d'un fait dommageable et ayant donné lieu à une ou plusieurs réclamations. Le fait dommageable est celui qui constitue la cause génératrice du dommage. Un ensemble de faits dommageables ayant la même cause technique est assimilé à un fait dommageable unique.

**Tiers :**

Toute personne physique ou morale autre que l'assuré responsable du sinistre, étant précisé que les différents assurés au titre du présent contrat conservent la qualité de « tiers » entre eux.

**Virus informatique :**

Programme ou ensemble de programmes informatiques conçus pour porter atteinte à l'intégrité, à la disponibilité ou à la confidentialité des logiciels, progiciels, systèmes d'exploitation, données et matériels informatiques, et pour se disséminer sur d'autres installations informatiques que celles de l'assuré.

**Zoonose :**

Maladie infectieuse passée de l'animal à l'homme. Les agents pathogènes zoonotiques peuvent être d'origine bactérienne, virale ou parasitaire, ou peuvent impliquer des agents non conventionnels et se propager à l'homme par contact direct ou par les aliments, l'eau ou l'environnement.

## 2 ASSURANCE DES ACCIDENTS CORPORELS

### 2.1 DEFINITIONS SPECIFIQUES

Pour l'application de l'assurance des accidents corporels, on entend par :

**Accident :**

Toute atteinte corporelle, y compris d'origine vasculaire, non intentionnelle de la part de la victime et résultant de l'action soudaine d'une cause extérieure survenue dès lors que la victime a la qualité d'assuré.

Par extension sont considérés comme accidents les empoisonnements, l'asphyxie, la noyade, les maladies infectieuses qui sont la conséquence d'une chute dans l'eau ou dans un liquide infecté, les gelures, les coups de chaleur, insulations, les inoculations infectieuses dues aux piqûres d'insectes ou de morsures d'animaux.

Sont indemnisés comme telles les entorses, déchirures musculaires, claquages, élongations, rupture de tendons.

**Événement assuré :**

Tout accident survenu au cours des activités assurées.

**Maladie :**

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

**Sinistre :**

Tout événement susceptible de mettre en jeu la garantie de l'assureur.

## 2.2 CE QUI EST GARANTI

### 2.2.1 DECES

#### Définition de la garantie

Si l'assuré décède des suites d'un accident, cette assurance garantit le paiement du capital fixé aux Conditions particulières.

La garantie n'est acquise que si le décès intervient dans un délai de 24 mois à dater du jour de l'accident.

#### Montant de la prestation

Le montant du capital est celui garanti au jour du décès.

En cas d'accident touchant un enfant soumis à l'obligation de scolarité, la garantie est limitée au montant fixé aux Conditions particulières.

#### Bénéficiaire

Sauf disposition contraire prévue aux Conditions particulières, le capital est versé au conjoint, ou partenaire de l'assuré lié par un PACS avec l'assuré, ou concubin de l'assuré, à condition que cette personne ne soit pas séparée de l'assuré,

- à défaut, par parts égales, les enfants de l'assuré, nés ou à naître, vivants ou représentés,
- à défaut, les héritiers de l'assuré. »

Toutefois, l'assuré conserve la faculté de désigner le(s) bénéficiaire(s) de son choix à condition qu'il en fasse la demande express par simple courrier adressé à l'assureur.

#### Non-cumul des garanties "Décès" et "Invalidité"

En aucun cas, le capital dû en cas de décès ne peut se cumuler avec la prestation servie en cas d'invalidité permanente.

Si le décès, quoique survenant dans le délai de 24 mois à dater de l'événement assuré, se produit après qu'un règlement ait été effectué au titre de la garantie "Invalidité permanente", le bénéficiaire perçoit la différence entre le montant de la garantie prévue en cas de décès et la somme allouée au titre de l'invalidité permanente.

#### Formalités en cas de sinistre

Les pièces suivantes doivent être fournies à l'assureur :

- un justificatif de l'identité du bénéficiaire (copie de carte d'identité, de passeport, du livret de famille, certificat de vie...)
- le certificat médical post-mortem,
- le procès-verbal prévu par le Code civil en matière de mort violente.

Le bénéficiaire doit apporter la preuve que l'accident est la cause déterminante du décès.

### 2.2.2 INVALIDITE PERMANENTE

#### Définition de la garantie

L'assuré est réputé en état d'invalidité permanente en cas de réduction définitive de son potentiel physique, psychosensoriel ou intellectuel, résultant d'une atteinte à l'intégrité anatomo-physiologique, suite à un accident et constatée médicalement.

### **Reconnaissance de l'état d'invalidité permanente**

L'état d'invalidité permanente doit être reconnu dès la consolidation des séquelles de l'accident et au plus tard à l'expiration d'un délai de vingt-quatre mois à dater du jour de l'accident.

### **Détermination du taux d'invalidité**

Le taux d'invalidité permanente est fixé, par expertise médicale réalisée en France, par référence au barème fonctionnel du "Concours médical", en vigueur lors de la consolidation, et sans tenir compte de la profession de l'assuré.

En cas de lésions associées suite à un même accident, le taux doit être apprécié globalement.

En cas d'accidents multiples garantis au cours du contrat, le taux d'invalidité supplémentaire imputable est déterminé par le pourcentage d'aggravation de la réduction des fonctions physiologiques.

En cas d'invalidité reconnue antérieurement à la date d'effet du présent contrat, le taux d'invalidité déterminé globalement, lors de la consolidation de l'accident garanti par le présent contrat à raison de la réduction des fonctions physiologiques de l'assuré, se verra diminué du pourcentage d'invalidité attribué pour le dommage corporel correspondant à cet antécédent par le barème du « Concours médical ».

### **Montant de la prestation**

L'invalidité permanente entraîne le versement d'un capital soit dès lors qu'elle est reconnue conformément au paragraphe B, soit dès lors que son taux excède celui de la franchise éventuellement prévue aux Conditions particulières.

Le taux ainsi déterminé est considéré comme définitif, donc non révisable.

La prestation versée est égale au capital de base multiplié par le taux retenu.

Le montant du capital de base retenu est celui garanti à la date de survenance de l'accident.

### **Formalités en cas de sinistre**

Outre les obligations prévues au paragraphe "Déclaration par l'assuré", l'assuré doit fournir à l'assureur un certificat médical de consolidation.

#### **2.2.3 INDEMNITE SUITE A COMA**

Lorsqu'un Assuré est victime d'un accident garanti et qu'il est médicalement établi qu'il demeure dans un état de coma pendant une période ininterrompue de plus de Quatorze (14) jours, l'Assureur verse au bénéficiaire prévu en cas de Décès et pour répondre à sa demande écrite, une indemnité d'un montant de 2% du capital Décès par semaine de coma dans la limite de 50 semaines.

Le montant maximal versé au titre de cette garantie est limité au capital garanti en cas de décès et s'entend par assuré et par accident.

Le montant versé au titre de cette garantie vient en déduction des indemnités prévues en cas de décès ou d'invalidité permanente.

Définition du coma :

Il s'agit d'un état caractérisé par la perte des fonctions de relation (conscience, mobilité et sensibilité) avec conservation de la vie végétative (respiration et circulation) déclaré par une autorité médicale compétente.

## 2.2.4 REMBOURSEMENT DE SOINS

### Définition de la garantie

En cas de soins nécessités par l'événement assuré, cette assurance garantit à l'assuré le remboursement des frais d'honoraires médicaux, chirurgicaux et d'auxiliaires médicaux, frais pharmaceutiques, d'hospitalisation, de cure thermale, d'appareils d'orthopédie ou de prothèse, d'optique, de soins dentaires.

La garantie est étendue au remboursement du forfait journalier institué par l'article 4 de la loi n° 83-25 du 19 janvier 1983.

***Sont exclus les frais résultant d'un séjour dans les maisons de repos et de convalescence, aériums, hospices et établissements ou secteurs qualifiés de "long séjour" (dont la circulaire ministériel n° 1403 du 6 juin 1977 a défini les modalités d'organisation et de fonctionnement).***

### Conditions de remboursement

Aucun traitement, médicament, appareil, intervention ou hospitalisation, n'est pris en charge s'il n'a pas été prescrit et exécuté par un praticien légalement habilité ou un établissement régulièrement agréé, conformément à la réglementation du pays où sont dispensés les soins.

Lorsque l'assuré dispose d'un régime de prévoyance sociale, seuls les frais ayant fait l'objet d'un remboursement de ce régime peuvent donner lieu à un remboursement au titre du présent contrat. Ces dispositions ne s'appliquent pas aux frais énumérés aux paragraphes relatifs aux appareils de prothèse dentaire, de lunetterie et de prothèse auditive et au transport de l'assuré du chapitre "Base et montant du remboursement" ci-après.

Lorsque l'assuré ne dispose pas de régime de prévoyance sociale, seuls sont remboursés les frais qui auraient été pris en charge si l'assuré avait bénéficié d'un régime de prévoyance sociale.

### Base et montant du remboursement

Sauf pour les appareils de prothèse dentaire, de lunetterie et de prothèse auditive, le remboursement est effectué sur la base du tarif de responsabilité de la Sécurité sociale, affecté du pourcentage de garantie mentionné aux Conditions particulières.

Du remboursement ainsi obtenu pour chaque acte médical, plafonné au montant des frais réels, est déduite la prestation servie par le régime de prévoyance sociale ou par tout autre régime de prévoyance dont dépend l'assuré victime de l'accident.

#### Appareils de prothèse dentaire, de lunetterie et de prothèse auditive :

Le règlement des frais d'acquisition, de réparation ou de remplacement de ces prothèses est effectué sur la base d'un forfait dont le montant est fixé aux Conditions particulières.

#### Transport de l'assuré :

Sont remboursés :

- les frais de transport de l'assuré accidenté effectué d'urgence ou sur l'ordre du médecin traitant.

### Formalités en cas de sinistre

Outre les obligations prévues au paragraphe « Déclaration de sinistre par l'assuré », l'assuré doit fournir à l'assureur le décompte original après intervention des régimes de prévoyance.

### 2.2.5 FRAIS DE TRANSPORT PRIMAIRE

L'assureur procède au remboursement, à concurrence du montant fixé, des frais de transport non pris en charge pour la sécurité sociale, le jour de l'accident de l'assuré, du lieu du sinistre à celui de l'établissement de soins adaptés le plus proche.

### 2.2.6 AUTRES GARANTIES

#### ■ FRAIS D'ADAPTATION DU VEHICULE OU DU DOMICILE

Lorsque l'Assuré est atteint, à la suite d'un accident corporel garanti, d'une infirmité permanente consolidée d'un taux égal ou supérieur à 50%, l'Assureur rembourse les dépenses qu'il doit engager pour aménager sa résidence principale ou secondaire située dans son pays de domicile, ou son véhicule automobile personnel, afin de les adapter au regard de son infirmité consécutive à un accident garanti.

Ces dépenses doivent être engagées au plus tard dans l'année suivant la date de la consolidation de l'infirmité permanente. L'Assureur rembourse l'Assuré, sur présentation des factures justificatives, dans la limite du montant maximum indiqué aux Conditions Particulières pour la garantie des Frais complémentaires d'adaptation. L'Assureur se réserve la possibilité de saisir un expert pour vérifier le bien-fondé de la réclamation.

#### ■ INCAPACITE TEMPORAIRE

##### Définition de la garantie

L'assuré est réputé en état d'incapacité temporaire lorsqu'il est, du fait de son état de santé à la suite d'un accident garanti, dans l'impossibilité d'exercer ses activités habituelles. Cet état doit être constaté par une autorité médicale compétente.

##### Prestation

###### 1) Montant de la prestation

Le montant de l'indemnité journalière garantie est précisé dans le tableau de garanties figurant aux Conditions particulières.

Si le médecin délivre un certificat d'arrêt d'activité à mi-temps, cette assurance garantit le paiement de la moitié de l'indemnité journalière prévue dans le tableau de garantie figurant aux Conditions particulières.

Toutefois, l'indemnisation ne peut dépasser la perte des revenus professionnels.

Pour les assurés ayant une activité salariée, la perte des revenus professionnels est égale à la différence entre la perte de salaire attestée par l'employeur et le montant du décompte des prestations en espèces versées par le régime social.

Pour les assurés exerçant une activité non salariée, sont pris en compte les revenus professionnels non-salariés déclarés au cours de l'année précédant celle de l'arrêt de travail à raison de 1/360ème par jour d'arrêt d'activité.

###### 2) Point de départ du service de la prestation

Tout état d'incapacité temporaire donne droit au versement d'une indemnité journalière sous déduction de la période de franchise indiquée dans le tableau de garantie figurant aux Conditions particulières.

Toutefois, il n'est pas fait application de la franchise en cas d'hospitalisation et l'indemnité est versée à compter du jour de cette hospitalisation.

### 3) Durée de paiement de la prestation

Pour un même accident, l'indemnité journalière est versée pour toutes les périodes d'arrêt d'activité médicalement justifiées, qu'elles soient fractionnées ou non, dans la limite de 365 jours.

Elle ne peut être versée qu'aux personnes âgées de plus de 16 ans et de moins de 70 ans. En tout état de cause, le versement de la prestation cesse au décès de l'assuré.

L'indemnité n'est pas versée pendant les séjours dans les maisons de repos et de convalescence, aériums, hospices et établissements ou secteurs qualifiés de "long séjour" (dont la circulaire ministérielle n° 1403 du 6 juin 1977 a défini les modalités d'organisation et de fonctionnement).

L'allocation n'est pas versée lorsque le bénéficiaire n'a ni activité rémunérée, ni allocation chômage.

### **Bénéficiaire**

Sauf disposition contraire prévue aux Conditions particulières, les indemnités journalières sont versées à l'assuré, victime de l'accident.

### **Formalités en cas de sinistre**

Outre les obligations prévues au paragraphe "Déclaration par l'assuré", l'assuré doit fournir à l'assureur un certificat médical d'arrêt de travail.

### **■ FRAIS DE RECHERCHES ET DE SECOURS**

Cette assurance garantit, à concurrence du montant fixé aux Conditions particulières, le paiement des frais nécessaires à la recherche et au sauvetage de l'assuré à la suite d'un accident ou de tout autre événement mettant sa vie en danger et survenant au cours des activités assurées.

### **■ FRAIS DE RAPATRIEMENT (SANS FRANCHISE KILOMETRIQUE)**

Cette assurance garantit, à concurrence du montant fixé aux Conditions particulières, le remboursement des frais de rapatriement d'une personne ayant la qualité d'assuré, du lieu de sinistre à celui de l'établissement hospitalier le plus proche du domicile de l'assuré ou au domicile de l'assuré en cas :

- de décès,
- d'accident ou de maladie nécessitant, en raison, soit de son état, soit de l'urgence et suivant prescription d'une autorité médicale, son rapatriement par un moyen de transport autre que celui utilisé pour le voyage.

### **■ FRAIS DE RATTRAPAGE SCOLAIRE, REDOUBLEMENT DE L'ANNEE D'ETUDES DE RECONVERSION PROFESSIONNELLE**

#### **Garantie « frais de rattrapage scolaire »**

Par suite d'accident survenu lors de la pratique des activités assurées, l'assuré peut être contraint d'interrompre sa scolarité.

L'Assureur s'engage, à concurrence du montant fixé aux Conditions particulières, à rembourser les frais exposés pour la remise à niveau scolaire de l'Assuré, élève d'un établissement scolaire.

Pour entraîner le paiement, les conditions ci-dessous doivent être simultanément réunies :

- le certificat médical doit prescrire un arrêt d'activité supérieur à 5 jours, une franchise de 5 jours étant toujours appliquée,
- les frais de remise à niveau doivent être justifiés par les parents ou tuteurs de l'Assuré.

### **Garantie « Frais de redoublement de l'année d'études »**

L'Assureur s'engage, à concurrence du montant figurant aux Conditions particulières à rembourser à l'assuré :

- les frais d'inscription à la faculté ou à l'école (études supérieures),
- les frais de résiliation du bail,
- les mois de loyers payés d'avance et non consommés.

Pour entraîner le paiement, les conditions ci-dessous doivent être simultanément réunies :

- le certificat médical doit prescrire un arrêt d'activité supérieur à 1 mois.
- un justificatif des frais à rembourser et un double de la réinscription dans le même établissement ou dans un autre (changement d'orientation) doivent être fournis.

### **Garantie « Frais de formation professionnelle pour une reconversion professionnelle »**

L'Assureur procède au remboursement, à concurrence du montant figurant aux Conditions particulières, des frais de formation professionnelle pour sa reconversion professionnelle engagés par l'assuré.

Pour entraîner le paiement, les conditions ci-dessous doivent être simultanément réunies :

- l'accident doit avoir entraîné un taux d'invalidité définitif supérieur à 25 % (celui fixé dans les 2 années qui suivent l'accident),
- les conséquences de l'accident interdisent à l'Assuré d'exercer son activité professionnelle habituelle et le contraignent à changer d'emploi,
- la formation professionnelle qui conditionne cette reconversion doit avoir été dispensée par un organisme officiel.

### **■ FRAIS SUPPLEMENTAIRES DE TRANSPORT**

L'assureur procède au remboursement des frais supplémentaires de transport que l'assuré, victime d'un accident imputable aux activités assurées engage pour se rendre à son travail ou à son école dans l'attente de sa consolidation.

La justification de tels frais devra être apportée par la victime. Elle devra y adjoindre :

- un certificat médical précisant que le moyen de transport habituel ne peut pas être utilisé pendant la période considérée,
- une attestation du chef d'établissement ou de l'employeur confirmant la présence de la victime dans l'établissement.

L'indemnisation intervient sur les bases fixées aux Conditions particulières.

Concernant les frais de transport engagés à l'occasion :

- des consultations,
- des examens radiologiques,
- des traitements spéciaux relevant des catégories suivantes : Médecine physique, soins dispensés par des auxiliaires médicaux, électrothérapie, traitements par rayons ultraviolets, lumineux ou infrarouges :

Le remboursement est calculé sur la base :

- de la distance entre le lieu de l'accident et de l'établissement de soins le plus proche du lieu de l'accident, ou du domicile de l'assuré,
- de la distance (aller-retour) entre la résidence habituelle de l'assuré et le Cabinet du praticien ou de l'établissement de soins le plus proche compte tenu de la nature du traitement.
- du moyen de transport le plus économique compatible avec l'état médical de l'assuré. Si le transport est effectué par un véhicule privé, le remboursement ne pourra pas être supérieur au double du prix du billet de chemin de fer en seconde classe.

## 2.3 CE QUI EST EXCLU

Outre les exclusions prévues aux Conditions générales, sont exclus de la garantie :

- les accidents subis par l'assuré et résultant :
  - de l'usage de drogue, de stupéfiants, de tranquillisants, de médicaments, non prescrits médicalement,
  - de l'alcoolisme,
  - de suicide et de tentative de suicide de l'assuré, que celui-ci ait eu ou non conscience des conséquences de son acte,
  - de la pratique de sports comportant l'utilisation d'un véhicule terrestre à moteur,
  - de la pratique des sports suivants : deltaplane, parachutisme, planeur, parapente, kitesurf, sauts à l'élastique, plongée sous-marine, spéléologie et alpinisme ;
  - de la participation à des compétitions aériennes, démonstrations acrobatiques, tentatives de record, vols d'essai ou vols sur prototypes,
  - de la pratique du pilotage d'appareil de navigation aérienne ;
- les accidents de la circulation survenus au conducteur présentant un taux d'alcoolémie supérieur au taux légal en vigueur, sauf en cas de décès ;
- les dommages résultant de la désintégration du noyau de l'atome ;
- les dommages résultant d'un accident survenu avant la date de prise d'effet de la garantie.

## 2.4 DECLARATION DE SINISTRE PAR L'ASSURE

Tout accident de nature à entraîner le bénéfice de la garantie doit être déclaré par écrit à l'assureur **dans les 10 jours de l'arrêt d'activité**, sauf cas de force majeure.

Cette déclaration doit préciser la date et les circonstances de l'accident et la date d'hospitalisation éventuelle.

Elle doit être accompagnée d'un certificat médical détaillé décrivant les lésions subies ou la nature de l'affection, ainsi que la date des premiers symptômes. Ce certificat doit faire état de la durée initiale de l'état d'incapacité temporaire ou de la durée de l'hospitalisation.

En cas d'arrêt d'activité ou d'hospitalisation survenant lors d'un séjour à l'étranger, l'assuré doit en apporter la preuve formelle au moyen de certificats médicaux. A défaut de preuve, le point de départ de l'incapacité ou de l'hospitalisation pour le décompte de la franchise sera la date de retour en France métropolitaine, dans un département ou dans un territoire d'Outre-Mer.

## 2.5 PROLONGATION

En cas de prolongation de l'état d'incapacité temporaire ou de l'hospitalisation, un certificat médical doit être adressé à l'assureur dans les 48 heures qui suivent l'expiration de la précédente prescription, sauf cas de force majeure.

## 2.6 CONSEQUENCES DU NON-RESPECT DES OBLIGATIONS DE L'ASSURE

L'assuré serait **déchu de tout droit à indemnité** si :

- il ne déclarait pas le sinistre dans le délai prévu au paragraphe "Déclaration par l'assuré", à condition que l'assureur établisse que le retard dans la déclaration lui a causé un préjudice,

- il faisait sciemment de fausses déclarations sur la nature, les causes, les circonstances et les conséquences du sinistre,
- il employait sciemment comme justification des moyens frauduleux ou documents inexacts.

En cas de manquement de l'assuré aux autres obligations des paragraphes "Déclaration par l'assuré" et « Prolongation », sauf cas fortuit ou de force majeure, l'assureur pourra lui réclamer une indemnité proportionnée au préjudice que son manquement lui aura fait subir.

## 2.7 PROCEDURE DE CONTROLE ET D'EXPERTISE

L'assureur est autorisé à faire vérifier par un expert de son choix les causes et l'existence de l'état d'incapacité ou de l'hospitalisation de l'assuré. **Le refus non justifié de ce contrôle entraîne la suspension du versement des prestations.**

En cas de désaccord entre l'assureur (ou son médecin) et l'assuré (ou son médecin) sur la cause, la nature ou l'importance du dommage subi, les parties pourront confier l'expertise à un troisième médecin ou, s'il n'y a pas accord sur son nom, désigné par le président du tribunal de grande instance du domicile de l'assuré. Chaque partie paiera les frais et honoraires de son médecin et la moitié de ceux du troisième médecin.

## 2.8 SINISTRE COLLECTIF

Constitue un seul et même sinistre, l'ensemble des dommages corporels résultant d'un même événement. L'engagement de l'assureur est limité, en ce qui concerne les garanties Invalidité permanente et Décès, pour un même sinistre et quel que soit le nombre des assurés accidentés à la somme spécialement indiquée aux Conditions particulières.

## 2.9 CLAUSE D'IMPUTATION

Si l'accident a été causé par une personne dont la responsabilité civile est garantie par le présent contrat, les indemnités versées au titre des garanties prévues par les présentes Conventions spéciales seront imputées aux sommes qui lui sont dues par le responsable du sinistre.

## 2.10 OU S'EXERCENT LES GARANTIES

Les garanties accidents corporels s'exercent dans le monde entier, **sous réserve que la présence de l'assuré à l'étranger soit inférieure à 30 jours consécutifs** hors résidents dans les zones frontalières françaises (zone frontalière correspondant à une profondeur de 20 kilomètres situés de part et d'autre de la frontière).