

CONDITIONS PARTICULIERES DU CONTRAT D'ASSURANCE FRPO000009

Les présentes Conditions Particulières complètent les Conditions Générales du contrat d'assurance numéro FRPO000009.

Le Contrat d'assurance est souscrit par la Fédération Française de Handball auprès de la compagnie AIG Europe SA, compagnie d'assurance au capital de 47 176 225 euros, immatriculée au Luxembourg (RCS n° B 218806) dont le siège social est situé au 35 D Avenue J.F. Kennedy, L-1855, Luxembourg. Succursale pour la France : Tour CBX - 1 Passerelle des Reflets, 92 400 Courbevoie, RCS Nanterre 838 136 463, ci-après, les « Parties ».

Tous les termes qui apparaissent dans le corps du présent document avec la première lettre en majuscule sont définis dans la Notice d'information, en Annexe 1 des Conditions Générales référencées ci-dessus.

1 – Souscripteur / Assurés

Souscripteur : FEDERATION FRANCAISE DE HANDBALL
1 Rue Daniel Costantini
CS 90047 94046 CRETEIL CEDEX

Assuré(s):

- Toute personne physique titulaire d'une Licence émise par la FFHB en cours de validité, ayant adhéré au Contrat d'assurance
- Toute personne physique bénévole dans le cadre des missions de transports collectifs de Licenciés exclusivement,
- Toute personne physique non licenciée exclusivement dans le cadre des activités garanties listées au iv) et v) ci-dessous.
- Toute personne physique en convention de formation sur option de son club
- Toute personne physique évoluant à l'étranger à l'essai dans un club en France

Activités garanties :

Page 1 sur 14

Les données à caractère personnel qui nous sont transmises font l'objet d'un traitement automatisé destiné à assurer la bonne gestion de nos activités. Les personnes concernées peuvent exercer leur droit d'accès, de rectification, de limitation, d'opposition, d'effacement ou de portabilité en nous contactant à l'adresse postale ci-dessous. Notre Politique de protection des données à caractère personnel est disponible sur notre site à l'adresse suivante : <http://www.aigassurance.fr/protection-des-donnees-personnelles>

AIG Europe S.A. – compagnie d'assurance au capital de 47 176 225 euros, immatriculée au Luxembourg (RCS n° B 218806). Siège social : 35 D Avenue J.F. Kennedy, L-1855, Luxembourg.

Succursale pour la France : Tour CBX, 1 passerelle des Reflets, 92400 Courbevoie - RCS Nanterre 838 136 463 Téléphone : +33 1.49.02.42.22 - Facsimile : +33 1.49.02.44.04.

- Les activités de Handball, Handfit', Baby hand, Hand' ensemble, Sandball, Beach handball ou Parahand, lorsque l'événement survient à l'occasion de :
 - i. Compétitions sportives, qu'elles soient locales, régionales, nationales ou internationales,
 - ii. Entraînements,
 - iii. Autres activités sportives, non compétitives, lorsqu'elles sont exercées au sein d'un club affilié en tant qu'activités annexes préparatoires, ou complémentaires à la pratique du handball
 - iv. Formations, initiations, stages, découverte, essai ou action de promotion
 - v. Activités périscolaires, intervention en milieu carcéral ou service civique

organisées ou agréées par la FFHB ou les clubs qui y sont affiliés, la LNH, la LFH, l'EHF, l'IHF ou une structure attachée (ligue ou comité).

- Toute autre activité organisée par la FFHB, un club affilié ou une structure attachée (ligue ou comité), lorsque l'événement survient à l'occasion d'activités, telles que :
 - o L'organisation et participation à des réunions, assemblées, salons, congrès, exposition, manifestations culturelles, récréatives ou caritatives,
 - o L'organisation et participation à des réunions, assemblées, salons, les actions administratives, logistiques, informatiques nécessaires à l'organisation et la tenue des activités,
 - o Le prêt, la location, le dépôt de tous biens mobiliers ou immobiliers,
 - o La formations aux examens et diplômes d'enseignement ou d'arbitrage,
 - o Toute mission de conseils et d'assistance technique.

Les événements survenant pendant les trajets aller/retour des Assurés pour se rendre sur les lieux où sont exercées les activités ci-dessus mentionnées, dans la mesure où le parcours n'a pas été interrompu ou détourné par un motif dicté par l'intérêt personnel, sont couverts.

2 – Date d'effet / Echéance du contrat

Date d'effet	1^{er} juin 2024 à 0 heure
Date d'expiration	31 mai 2027 à minuit.
	Les Parties ont la faculté de dénoncer le Contrat d'assurance à l'échéance de la 2eme année d'assurance, soit au 31 mai 2026. Cette dénonciation doit être adressée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception dans un délai de quatre mois au moins avant l'échéance annuelle.

3 - Termes et Conditions

Conditions Générales : « Assurance de personnes FFHB » Réf. FRPO000009

4 – Montant des garanties**GARANTIES DE BASE**

ASSURANCE DES ACCIDENTS CORPORELS	MONTANT DES GARANTIES	MONTANT DES FRANCHISES
DECES	10 000 € si assuré à moins 16 ans 20 000 € si l'assuré à 16 ans ou plus	Néant
INVALIDITE PERMANENTE Capital réductible sur la base du taux d'invalidité retenu après Consolidation	60 000 EUR (1) L'Assureur verse la totalité du capital lorsque le taux d'invalidité est supérieur à 65%	Franchise relative de 4%
INDEMNITE SUITE A COMA Versement d'une indemnité égale à	2% du capital décès par semaine de coma dans la limite de 50 semaines sans pouvoir toutefois dépasser le montant dudit capital décès	14 jours
FRAIS MEDICAUX SUITE A ACCIDENT Après déduction des prestations éventuelles d'un régime de sécurité sociale et/ou de santé complémentaire dans la limite des frais réels à l'exception de prothèses dentaires et auditives, bris de lunette ou lentille	200% du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale Avec une sous-limite par Assuré et par Période d'assurance :	Néant
- Frais hospitaliers	Selon montant légal - Max. 365 jours	Néant
- Chambre particulière	900 EUR - Max. 365 jours	Néant

Page 3 sur 14

Les données à caractère personnel qui nous sont transmises font l'objet d'un traitement automatisé destiné à assurer la bonne gestion de nos activités. Les personnes concernées peuvent exercer leur droit d'accès, de rectification, de limitation, d'opposition, d'effacement ou de portabilité en nous contactant à l'adresse postale ci-dessous. Notre Politique de protection des données à caractère personnel est disponible sur notre site à l'adresse suivante : <http://www.aigassurance.fr/protection-des-donnees-personnelles>

AIG Europe S.A. – compagnie d'assurance au capital de 47 176 225 euros, immatriculée au Luxembourg (RCS n° B 218806). Siège social : 35 D Avenue J.F. Kennedy, L-1855, Luxembourg.

Succursale pour la France : Tour CBX, 1 passerelle des Reflets, 92400 Courbevoie - RCS Nanterre 838 136 463 Téléphone : +33 1.49.02.42.22 - Facsimile : +33 1.49.02.44.04.

- Frais d'appareillage (fauteuil, béquilles)	800 EUR	Néant
- Autres frais prescrits médicalement	200 EUR	Néant
FRAIS MEDICAUX SUITE A ACCIDENT Après déduction des prestations éventuelles d'un régime de sécurité sociale et/ou de santé complémentaire dans la limite des frais réels pour les frais de prothèses dentaires et auditives, bris de lunette ou de lentille		
- Prothèse dentaire par dent (maximum 5 dents)	Frais réels jusqu'à 300 EUR Par Assuré et par Période d'assurance	Néant
- Bris de lunettes ou lentilles	Frais réels jusqu'à 250 EUR Par Assuré et par Période d'assurance	Néant
- Prothèse auditive par appareil	Frais réels jusqu'à 500 EUR Par Assuré et par Période d'assurance	Néant
FRAIS DE TRANSPORT PRIMAIRE Non pris en charge par la Sécurité Sociale	2 000 EUR par Assuré et par Période d'assurance porté à 3 000 EUR pour les transports par hélicoptère	Néant
FRAIS DE RECHERCHES ET DE SECOURS	10 000 EUR par Assuré et par Période d'assurance	Néant
FRAIS DE RAPATRIEMENT	10 000 EUR par Assuré et par Période d'assurance	Néant
FRAIS DE REMISE A NIVEAU SCOLAIRE	1 600 EUR par Assuré et par Période d'assurance	5 jours d'arrêt
FRAIS DE REDOUBLEMENT DE L'ANNEE D'ETUDES	3 000 EUR par Assuré et par Période d'assurance	2 mois d'arrêt
FRAIS DE RECONVERSION PROFESSIONNELLE - En cas de taux d'infirmité permanente > à 35%	3 000 EUR par Assuré et par Période d'assurance	35% d'IPP
FRAIS SUPPLEMENTAIRES DE TRANSPORT - Pour se rendre au travail et/ou à l'école - Pour se rendre aux consultations médicales et/ou examens	20 EUR / jour - versement 5J/7 pendant 3 mois maxi par Assuré et par Période d'assurance A concurrence de 2.000 EUR par Assuré et par Période d'assurance	5 jours néant

(1) L'Assureur verse la totalité du capital lorsque le taux d'invalidité est supérieur à 65%

ASSISTANCE EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE	MONTANT DES GARANTIES	MONTANT DES FRANCHISES
Frais de transport de l'Assuré blessé ou malade	Frais réels	Sans franchise

Soins médicaux à l'Etranger Y compris envoi de médicaments et soins dentaires	30 500 EUR	
Prolongation de séjour avant rapatriement :		
• Frais d'hôtel	80 EUR / nuit - maximum 10 nuits	
• Frais de transport retour	Frais réels	
Rapatriement ou transport sanitaire	Frais réels	
Retour anticipé	Frais réels	
Transport et rapatriement du corps	Frais réels	
Retour des autres personnes	Frais réels	
Transport d'un membre de la famille :	Frais réels	
• Frais d'hôtel	80 EUR / jour - maximum 10 nuits	
Caution pénale	15 000 EUR	
Assistance juridique à l'Etranger	1 500 EUR	
Avance de fonds à l'Etranger	500 EUR	
Aide en cas de perte de documents d'identité	GARANTI	
Aide en cas d'annulation ou retard d'avion	GARANTI	
Transmission de message urgent	GARANTI	
Chauffeur de remplacement	GARANTI	
Assistance aux enfants et petits-enfants	Billet A/R (train ou avion)	
Accompagnement psychologique	GARANTI	

AUTRES GARANTIES

• Options garanties complémentaires du licencié :

Ces garanties ne sont acquises à l'Assuré que sur demande spécifique effectuée conformément à l'article « Adhésion à l'option garanties complémentaires du Licencié » de la Notice d'information et après paiement de la cotisation complémentaire correspondante.

Les juges arbitres et juges délégués désignés en compétition nationale ainsi que les joueurs membres des équipes nationales « jeunes » sans contrat professionnel ou contrat stagiaire bénéficient des garanties complémentaires, option 2.

Page 5 sur 14

Les données à caractère personnel qui nous sont transmises font l'objet d'un traitement automatisé destiné à assurer la bonne gestion de nos activités. Les personnes concernées peuvent exercer leur droit d'accès, de rectification, de limitation, d'opposition, d'effacement ou de portabilité en nous contactant à l'adresse postale ci-dessous. Notre Politique de protection des données à caractère personnel est disponible sur notre site à l'adresse suivante : <http://www.aigassurance.fr/protection-des-donnees-personnelles>

AIG Europe S.A. – compagnie d'assurance au capital de 47 176 225 euros, immatriculée au Luxembourg (RCS n° B 218806). Siège social : 35 D Avenue J.F. Kennedy, L-1855, Luxembourg.

Succursale pour la France : Tour CBX, 1 passerelle des Reflets, 92400 Courbevoie - RCS Nanterre 838 136 463 Téléphone : +33 1.49.02.42.22 - Facsimile : +33 1.49.02.44.04.

	Formule 1	Formule 2	Formule 3
DECES	< 16 ans : 7 500 € > 16 ans : 30 000 €	< 16 ans : 7 500 € > 16 ans : 45 000 €	< 16 ans : 7 500 € > 16 ans : 60 000 €
INVALIDITE PERMANENTE Capital réductible sur la base du taux d'AIPP retenu après Consolidation	120 000 €	180 000 €	300 000 €
INDEMNITES JOURNALIERES (2) Payables à compter du 4ème jour pendant 365 jours	30 € par jour Franchise 3 jours	60 € par jour Franchise 3 jours	100 € par jour Franchise 3 jours
FRAIS MEDICAUX SUITE A ACCIDENT Après déduction des prestations éventuelles d'un régime de sécurité sociale et/ou complémentaire ou de santé			
Frais de traitement/ pharmaceutiques/ chirurgicaux/médicaux	200 % du tarif conventionnel de la Sécurité sociale	300 % du tarif conventionnel de la Sécurité sociale	300 % du tarif conventionnel de la Sécurité sociale
FRAIS MEDICAUX SUITE A ACCIDENT Après déduction des prestations éventuelles d'un régime de sécurité sociale et/ou de santé complémentaire dans la limite des frais réels			
Prothèses dentaires (maxi 5 dents) (1)	300 € par dent	450 € par dent	450 € par dent
Bris de lunettes ou lentille (forfait)	400 €	600 €	600 €
Prothèse auditive, par appareil (forfait)	1 000 €	1 500 €	1 500 €
FRAIS D'ADAPTATION DU VEHICULE OU DE LA RESIDENCE Capital versé en cas d'invalidité permanente > 50%	NEANT	10 000 €	15 000 €
Cotisation forfaitaire TTC par licencié(e) Garantie valide de la date de souscription jusqu'au 31/05 de la saison	59,00 € en plus de la cotisation de base	99,00 € en plus de la cotisation de base	150,00 € en plus de la cotisation de base

(1) si port d'un protège dents sur mesure, le montant du remboursement est doublé.

(2) l'indemnité n'est pas versée lorsque l'Assuré n'a ni activité rémunérée ni allocation chômage.

Attention : les garanties « Frais de recherches et de secours », « Frais de rapatriement », « Frais de remise à niveau scolaire », « Frais de redoublement de l'année d'étude », « Frais de reconversion professionnelle en cas de taux d'infirmité permanente > 35% » et « Frais supplémentaires de Transport » restent inchangées.

• **Option du club « Joueurs en convention de formation » :**

	Montant de garantie		Montant des franchises
Décès	45 000 €		Néant
Invalidité permanente Capital réductible sur la base du taux d'AIPP retenu après consolidation	180 000 €		Franchise relative de 4%
Remboursement de soins Après déduction des prestations éventuelles d'un régime de sécurité sociale et/ou de santé complémentaire dans la limite des frais réels	400 % du tarif conventionnel de la Sécurité sociale		Néant
Prothèses dentaires (maxi 5 dents) Après déduction des prestations éventuelles d'un régime de sécurité sociale et/ou de santé complémentaire dans la limite des frais réels	450 € par dent (1)		Néant
Bris de lunettes Après déduction des prestations éventuelles d'un régime de sécurité sociale et/ou de santé complémentaire dans la limite des frais réels	800 € par an		Néant
Prothèse auditive Après déduction des prestations éventuelles d'un régime de sécurité sociale et/ou de santé complémentaire dans la limite des frais réels	800 % du tarif conventionnel de la Sécurité sociale		Néant
Indemnités journalières forfaitaires	60 € par jour avec un maximum de 365 jours (2)		90 jours
Ostéopathie (au choix) Après déduction des prestations éventuelles d'un régime de sécurité sociale et/ou de santé complémentaire dans la limite des frais réels	1^{ère} formule : Forfait 100€ par an (maxi 50€ par consultation)	2^{ème} formule : Forfait 200€ par an (maxi 50€ par consultation)	Néant
TARIF	150€ TTC par an et par joueur en convention de formation		240€ TTC par an et par joueur en convention de formation

(1) si port d'un protège dents sur mesure, le montant du remboursement est doublé.

(2) l'indemnité n'est pas versée lorsque l'Assuré n'a ni activité rémunérée ni allocation chômage.

• **Joueurs évoluant à l'étranger à l'essai**

Les joueurs évoluant à l'étranger qui effectuent un essai dans un club en France d'une durée maximale de 30 jours consécutifs sont garantis au présent contrat au même titre qu'un titulaire d'une Licence émise par la FFHB en cours de validité.

Ces garanties sont accordées sans surprime.

Le Souscripteur s'engage à déclarer chaque joueur bénéficiant automatiquement de cette extension, au premier jour de prise d'effet des garanties, en précisant : *NOM / Prénom / Pays de domicile / Date(s) de début et de fin d'essai / Club d'accueil*

ENGAGEMENT MAXIMAL DE L'ASSUREUR

Si plusieurs Assurés sont accidentés lors d'un seul et même Accident garanti, le montant total des indemnités versées par l'Assureur pour l'ensemble des garanties ne peut excéder **Cinq Millions d'Euros (5.000.000€)**.

Lorsque le cumul des capitaux décès et invalidité permanente pour les Assurés concernés excède ce montant, les indemnités versées aux Assurés victimes du même Accident seront réduites et réglées proportionnellement au prorata de la prestation qui leur aurait été versée en l'absence de limitation de garanties.

5- PRIME

Page 9 sur 14

Les données à caractère personnel qui nous sont transmises font l'objet d'un traitement automatisé destiné à assurer la bonne gestion de nos activités. Les personnes concernées peuvent exercer leur droit d'accès, de rectification, de limitation, d'opposition, d'effacement ou de portabilité en nous contactant à l'adresse postale ci-dessous. Notre Politique de protection des données à caractère personnel est disponible sur notre site à l'adresse suivante : <http://www.aigassurance.fr/protection-des-donnees-personnelles>

AIG Europe S.A. – compagnie d'assurance au capital de 47 176 225 euros, immatriculée au Luxembourg (RCS n° B 218806). Siège social : 35 D Avenue J.F. Kennedy, L-1855, Luxembourg.

Succursale pour la France : Tour CBX, 1 passerelle des Reflets, 92400 Courbevoie - RCS Nanterre 838 136 463 Téléphone : +33 1.49.02.42.22 - Facsimile : +33 1.49.02.44.04.

6 - Intermédiaire

MARSH S. A : Tour Ariane - La Défense 9 · 92088 CEDEX PARIS LA DEFENSE

A la signature des présentes Conditions Particulières, le Souscripteur reconnaît avoir reçu et pris connaissance des Conditions Générales « Assurance de personnes FFFH – Réf. FRPO000009 » et en accepter l'intégralité des dispositions, notamment le contenu des garanties, montants, limites, franchises et exclusions précisées, par renvoi, dans la Notice d'information applicable, en Annexe 1 des Conditions Générales. Il s'engage par ailleurs à remettre aux Assurés un exemplaire à jour de cette Notice d'information.

Signatures électroniques

CONTRAT D'ASSURANCE FRPO000009

CONDITIONS GENERALES

Le Contrat n° FRPO000009 est un contrat d'assurance groupe à adhésion facultative non obligatoire, souscrit par la Fédération Française de Handball (ci-après la « FFHB ») au bénéfice des Assurés conformément aux dispositions des articles L141-1 et suivants du Code des assurances et de l'article L 321-5 du Code du sport (ci-après le « Contrat d'assurance »).

Tous les termes qui apparaissent dans le corps de texte et dont la première lettre est en majuscule sont définis dans la Notice d'information figurant en Annexe 1 des présentes.

A l'égard de la Fédération Française de Handball, le Contrat d'assurance est constitué des présentes Conditions Générales, qui comportent la Notice d'information en Annexe 1, et des Conditions Particulières.

A l'égard des Assurés, le Contrat d'assurance est constitué par la Notice d'information (Annexe 1) qui seule est opposable, sans préjudice des dispositions prévues par le Code des assurances et autres dispositions réglementaires.

1. OBJET DU CONTRAT

La définition des Assurés et des Activités garanties couvertes par le Contrat d'assurance, ses conditions de mise en œuvre et ses exclusions sont détaillés dans la Notice d'information (**Annexe 1**).

2. DATE DE PRISE D'EFFET ET DUREE DU CONTRAT

Les dates de prise d'effet et d'expiration du Contrat d'assurance conclu entre l'Assureur et la FFHB sont précisées aux Conditions Particulières auxquelles il convient de se référer.

3. PAIEMENT DE LA PRIME

3.1 Modalité et délai de paiement

Le montant de la prime ainsi que les modalités de règlement par le Souscripteur à l'Assureur sont fixés contractuellement et indiqués aux Conditions Particulières.

Le Souscripteur reste le seul débiteur envers l'Assureur du paiement de la prime.

Il appartient au Souscripteur de collecter les cotisations d'assurance réglées par chaque Assuré au jour de leur adhésion au Contrat d'assurance. En l'absence de règlement de la cotisation par l'Assuré, il appartient au Souscripteur d'exclure celui-ci du bénéfice du Contrat d'assurance conformément à l'article L. 141-3 du Code des assurances.

La cotisation n'est pas remboursable sauf dans le cas de l'exercice du droit de renonciation (article L.112-2-1 du Code des assurances).

3.2 Régularisation de la prime

Le Souscripteur doit déclarer à l'Assureur selon la fréquence définie dans les Conditions Particulières, les éléments nécessaires au calcul de la prime globale.

L'Assureur a le droit de faire procéder à la vérification de la déclaration du Souscripteur, qui acceptera de recevoir à cet effet tout délégué de l'Assureur et de justifier, à l'aide de tous documents en sa possession ou en possession de ses préposés ou mandataires, de l'exactitude de celle-ci.

Faute de fournir à l'Assureur dans les délais la déclaration requise, l'Assureur pourra, par lettre recommandée, mettre le Souscripteur en demeure de satisfaire à cette obligation dans les dix jours. Si, passé ce délai, la déclaration n'a pas été fournie, l'Assureur pourra mettre en recouvrement, à titre d'acompte et sous réserve de régularisation ultérieure, une prime calculée sur la base de la dernière déclaration fournie, majorée de 50 %.

3.3 Défaut de paiement de la prime

A défaut de règlement sous quinzaine suivant la date d'échéance de la prime, l'Assureur, indépendamment de son droit de poursuivre l'exécution du Contrat d'assurance en justice, sera amenée à réclamer au Souscripteur, la prime impayée par le moyen d'une lettre recommandée lui rappelant les dispositions légales applicables, à savoir :

- Suspension des garanties après un délai de 30 jours suivant l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure.
- Résiliation du Contrat d'assurance 10 jours après l'expiration de ce délai de 30 jours en cas d'absence de paiement, sans qu'il soit besoin de confirmer ladite résiliation.

Cette lettre recommandée indiquera qu'elle est envoyée à titre de mise en demeure, rappellera le montant et la date d'échéance de la prime et reproduira l'article L 113.3 du Code des assurances.

La suspension de garantie pour non-paiement, signifie que :

- Le Souscripteur ne peut plus proposer aux adhérents l'adhésion au Contrat d'assurance ;
- L'Assureur est dégagé de tout engagement à l'égard des Assurés au cas où un Sinistre surviendrait durant cette période de suspension.

Indépendamment de la suspension ou de la résiliation, les primes non encore réglées restent intégralement dues et l'encaissement de ces dernières, postérieurement à la date de suspension ou de résiliation, n'implique aucunement la renonciation par l'Assureur à se prévaloir des effets de la suspension ou de la résiliation.

Le Contrat d'assurance non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où la prime arriérée ou, dans le cas d'un paiement fractionné de prime qui a fait l'objet de la mise en demeure, ainsi que les fractions de prime restant dues pour la période en cours.

4. OBLIGATION DU SOUSCRIPTEUR VIS A VIS DES ADHERENTS /ASSURES

Il appartient au Souscripteur conformément à l'article L141-4 du Code des assurances :

- De fournir à chaque adhérent au Contrat d'assurance la notice d'information préparée par l'Assureur figurant en Annexe 1, et détaillant les garanties ainsi que les droits et obligations des Assurés,
- D'informer par écrit les Assurés des modifications apportées à leurs droits et obligations, trois mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur.

En aucun cas le Souscripteur n'est autorisé à modifier les termes de la notice d'information.

Il appartient également au Souscripteur de conserver la preuve de chaque adhésion au Contrat d'assurance permettant à l'adhérent de bénéficier des garanties, et de remettre à chaque Assuré une preuve de son adhésion au Contrat d'assurance.

5. RESILIATION DU CONTRAT

5.1 Cas de résiliation

Dans le cadre des relations entre la FFFHB et l'Assureur, le Contrat d'assurance peut être résilié :

- A l'échéance à l'issue de la 2eme année d'assurance, selon les dispositions énoncées dans les Conditions Particulières.
- De plein droit :
 - En cas de retrait total d'agrément de l'Assureur.
- Avant l'échéance par le Souscripteur :
 - En cas de diminution du risque si l'Assureur ne consent pas à diminuer la prime (article L.113-4 du Code des assurances)
 - Dans les autres cas prévus par le Code des assurances.
- Avant l'échéance par l'Assureur :
 - En cas d'aggravation du risque et exclusivement si le Souscripteur n'accepte pas la nouvelle prime proposée,
 - En cas de non-paiement de la prime par le Souscripteur,
 - En cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque à la souscription ou en cours de contrat (Article L.113-9 du Code des assurances),
 - Après Sinistre, le Souscripteur ayant alors le droit de résilier les autres contrats souscrits par lui auprès de l'Assureur (Article R.113-10 du Code des assurances).

5.2 Modalités de résiliation

Dans tous les cas où le Souscripteur a la faculté de résilier le Contrat d'assurance, il peut le faire à son choix, soit par lettre recommandée adressée à l'Assureur soit par l'un des moyens prévus à l'article L.113-14 du Code des assurances. En cas de résiliation par courriel, la demande de résiliation doit être adressée à l'adresse suivante resiliation@aig.com.

La résiliation par l'Assureur doit être notifiée au Souscripteur par lettre recommandée adressée au dernier domicile connu de celui-ci.

5.3 Sort de la prime en cas de résiliation

En cas de résiliation avant échéance par l'Assureur, la portion de prime afférente à la période postérieure à la résiliation, n'est pas acquise à l'Assureur et doit être remboursée au Souscripteur si elle a été perçue d'avance, sauf en cas de résiliation pour non-paiement de prime.

En cas de résiliation pour non-paiement de la prime, l'Assureur a droit au paiement de la prime à titre d'indemnité de résiliation restant dues pour la période restante de l'année d'assurance en cours.

6. DECLARATION DU RISQUE

Le Souscripteur doit répondre exactement aux questions posées lors de la souscription au Contrat d'assurance, sur les circonstances qui sont de nature à faire apprécier par l'Assureur les risques qu'il

prend en charge (Art. L 113-2 du Code des assurances).

6.1 Sanctions en cas de fausses déclarations

A. Sanction en cas de fausse déclaration intentionnelle

Toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part du Souscripteur portant sur les éléments constitutifs du risque, à la souscription ou au cours du Contrat d'assurance, est sanctionnée même si elle a été sans influence sur le Sinistre, par la nullité du Contrat d'assurance. Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.

B. Sanction en cas de fausse déclaration non intentionnelle

En cas d'omission, réticence, fausse déclaration non intentionnelle dans la déclaration du risque, par le Souscripteur, constatée avant tout Sinistre, l'Assureur a le droit de résilier le Contrat d'assurance dix jours après notification par lettre recommandée.

En cas d'omission, réticence, fausse déclaration non intentionnelle, constatée après Sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

7. PRESCRIPTION

Les dispositions du Code des assurances et du Code civil concernant la prescription sont reproduites ci-après :

- Article L. 114-1 du Code des assurances

« Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Par exception, les actions dérivant d'un contrat d'assurance relatives à des dommages résultant de mouvements de terrain consécutifs à la sécheresse-réhydratation des sols, reconnus comme une catastrophe naturelle dans les conditions prévues à l'article L. 125-1, sont prescrites par cinq ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré ».

- Article L. 114-2 du Code des assurances

« La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité ».

- Article L. 114-3 du Code des assurances

« Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci ».

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L. 114-2 du Code des assurances sont énoncées aux articles 2240 à 2246 du Code Civil reproduits ci-après :

- Article 2240

« La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription ».

- Article 2241

« La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure ».

- Article 2242

« L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance ».

- Article 2243

« L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée ».

- Article 2244

« Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée ».

- Article 2245

« L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers ».

- Article 2246

« L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution ».

8. ELECTION DE DOMICILE

L'Assureur élit domicile à l'adresse de sa succursale en France : Succursale pour la France Tour CBX
1 Passerelle des reflets 92400 Courbevoie.

9. PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

En qualité de responsable de traitement au titre du Règlement Européen 2016/679 sur la protection des données à caractère personnel, l'Assureur s'engage à protéger les données à caractère personnel de ses clients, assurés et partenaires conformément audit règlement.

Les données à caractère personnel recueillies par l'Assureur sont collectées aux fins de permettre (de manière automatisée ou non) la souscription ainsi que la gestion du Contrat d'assurance et des

Sinistres.

L'Assureur peut également utiliser les données à caractère personnel recueillies dans le cadre de la prévention de la criminalité (en particulier en matière de lutte contre la fraude et le blanchiment d'argent). L'Assureur peut communiquer les données à caractère personnel aux sociétés de son groupe, à des prestataires de services ainsi qu'à d'autres tiers à ces mêmes fins. Les données à caractère personnel peuvent être transférées à l'étranger, y compris vers des pays qui ne font pas partie de l'Espace Economique Européen. Ces transferts sont encadrés par des garanties appropriées, notamment contractuelles, conformément à la réglementation européenne applicable. Les personnes concernées disposent de certains droits relatifs à leurs données à caractère personnel et en particulier des droits d'accès, de rectification, de limitation à l'utilisation, d'opposition, d'effacement ou de portabilité.

Par ailleurs, dans le cadre des prestations d'assistance, afin de contrôler la qualité des services rendus et de fournir lesdites prestations, les conversations téléphoniques entre les Assurés et les services de l'Assisteur, agissant pour le compte de l'Assureur, peuvent être enregistrées. Les données nominatives qui seront recueillies lors cet appel sont indispensables à la mise en œuvre des prestations d'assistance. Des informations complémentaires sur l'utilisation des données à caractère personnel par l'Assureur et sur les droits des personnes concernées sont disponibles sur <http://www.aigassurance.fr/protection-des-donnees-personnelles>.

Toute personne concernée peut exercer ses droits en écrivant à : AIG Service Conformité, Tour CBX-1 Passerelle des Reflets, CS 60234, 92913 Paris La Défense Cedex ou par e-mail à donneespersonnelles.fr@aig.com. Un exemplaire de la Politique de protection des données à caractère personnel de l'Assureur peut être obtenu en écrivant comme indiqué ci-dessus.

10. LANGUE APPLICABLE AU CONTRAT

La langue française est la langue du Contrat d'assurance.

11. DROIT APPLICABLE ET JURIDICTION

Le Contrat est régi par le droit français. Les parties contractantes déclarent se soumettre à la juridiction des tribunaux français et renoncent à toute procédure dans tout autre pays.

12. PROCEDURE DE RECLAMATION

En cas d'insatisfaction relative à la conclusion ou à l'exécution du Contrat d'assurance, le Souscripteur peut contacter la succursale française de l'Assureur en s'adressant à son interlocuteur habituel ou au service clients à l'adresse suivante :

AIG Europe SA - Service Clients
Tour CBX
1 passerelle des reflets
92913 Paris La Défense Cedex

La demande devra indiquer le numéro du Contrat d'assurance et préciser son objet.

La succursale française de l'Assureur s'engage à accuser réception dans les 10 (dix) jours ouvrables à compter de l'envoi de la réclamation et à en apporter une réponse au plus tard dans les 30 (trente) jours suivant sa date de réception (sauf circonstances particulières dont le réclamant sera alors tenu informé).

La politique de l'Assureur en matière de satisfaction client est disponible sur son site à l'adresse suivante : <http://www.aig.com>.

13. AUTORITE DE CONTROLE DE L'ASSUREUR

AIG Europe SA est agréée par le Ministère Luxembourgeois des Finances et contrôlée par le Commissariat aux Assurances 11, rue Robert Stumper, L-2557 Luxembourg, GD de Luxembourg, Tel.: (+352) 22 69 11 - 1, caa@caa.lu, <http://www.caa.lu/>. Le rapport annuel sur la solvabilité et la situation financière d'AIG Europe SA est disponible sur le site <http://www.aig.lu/>. La commercialisation de contrats d'assurance en France par la succursale française d'AIG Europe SA est soumise à la réglementation française applicable, sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09. <https://acpr.banque-france.fr/>.

14. SANCTIONS INTERNATIONALES

Conformément à l'article 6 du Code civil, il est rappelé qu'aucune des garanties du Contrat d'assurance ne peut s'appliquer dès lors qu'elle aurait pour objet un risque dont l'assurabilité serait contraire à l'ordre public, ou lorsqu'une interdiction de fournir un contrat ou un service d'assurance s'impose à l'Assureur à raison d'une mesure de sanction, de restriction, de prohibition ou d'embargo prescrites par les lois ou règlements de tout Etat ou par toute décision de l'Organisation des Nations Unies ou de l'Union européenne ou du Grand-Duché du Luxembourg ou des Etats-Unis d'Amérique.

ANNEXE 1 : Notice d'information du Contrat (extrait AIG)

/ FFHandball

Notice d'assurances « Licencié » – saison 2025/26

Ces notices d'information sont établies conformément à l'article L141-1 du Code des assurances. Elles décrivent les garanties, les exclusions et les obligations de l'assuré au titre des contrats d'assurance collective souscrits par la **Fédération Française de Handball** pour le compte des licenciés assurés auprès des assureurs :

- **Helvetia** (pour l'assurance « responsabilité civile ») et
- **AIG** (pour l'assurance « accident corporel et assistance »).

Le courtier intermédiaire en charge de la souscription et de la gestion du programme d'assurance est le cabinet **Marsh**, société de courtage d'assurances immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Nanterre sous le numéro 572174415 et auprès de l'ORIAS sous le N° 07.001.037 en qualité de courtier d'assurance.

/ COMMENT NOUS CONTACTER ?

UNE QUESTION SUR VOS GARANTIES D'ASSURANCE ?

Cabinet Marsh, Tour Ariane, 92088 la Défense

Mail : assurances.handball@marsh.com

Tel : 01.87.21.27.82 (du lundi au vendredi de 9h à 12h00 / 14h à 18h)

FAIRE UNE DECLARATION D'ACCIDENT ?

Depuis le site de la fédération <https://www.ff-handball.org> ou directement sur ce lien rubrique VIE DU HAND > S'ASSURER > POINT D'ENTREE UNIQUE.

Déclarer votre sinistre en ligne : <https://assurances.ffhandball.fr/>

UNE QUESTION SUR VOTRE DOSSIER ACCIDENT ?

Cabinet Marsh, Tour Ariane, 92088 la Défense

Mail : assurances.handball@marsh.com

Tel : 01.87.21.27.82 (du lundi au vendredi de 9h à 12h00 / 14h à 18h)

Contactez l'assistance ?

En cas d'accident ou maladie pendant les activités sportives, contactez :

AIG Travel (Assistance)

France : 01.49.02.46.70 - Etranger : +33.1.49.02.46.70

N° de contrat à rappeler : FRPO.000009

/ ASSURANCE ACCIDENT CORPOREL

CONTRAT D'ASSURANCE N° FRPO000009 SOUSCRIT PAR LA FFHB AUPRES DE AIG (L'ASSUREUR) PAR L'INTERMEDIAIRE DU CABINET MARSH (LE COURTIER).

Notice d'information du contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative N° FRPO000009 ci-après le « **Contrat d'assurance** » souscrit conformément aux dispositions des articles L141-1 et suivants du Code des assurances et de l'article L 321-5 du Code du sport :

- par la **Fédération Française de Handball** (ci-après, la « **FFHB** ») 1 Rue Daniel Costantini CS 90047 94046 CEDEX
- auprès de la compagnie **AIG Europe SA**, compagnie d'assurance au capital de 47 176 225 euros, immatriculée au Luxembourg (RCS n° B 218806) dont le siège social est situé au 35 D Avenue J.F. Kennedy, L-1855, Luxembourg. Succursale pour la France : Tour CBX - 1 Passerelle des Reflets, 92 400 Courbevoie, RCS Nanterre 838 136 463,
- par l'intermédiaire de la société de courtage en assurance **MARSH** Tour Ariane, 92088 La Défense immatriculée à l'ORIAS sous le numéro 07001037.

1. OBJET DU CONTRAT

Le Contrat d'assurance souscrit par la FFHB a pour objet de garantir, dans la limite des conditions et exclusions définies ci-dessous, les Licenciés de la FFHB, ayant choisi d'y adhérer, dans le cadre des Activités Garanties.

Lorsque le Licencié choisit d'adhérer au Contrat d'assurance auprès de la FFHB, simultanément à sa demande de Licence, il bénéficie automatiquement des garanties de base suivantes :

- Assurance des accidents corporels :
 - Capital décès
 - Capital invalidité permanente
 - Indemnité suite à coma
 - Frais médicaux suite à accident
 - Frais de transport et rapatriement
 - Frais de recherche et de secours
 - Frais de remise à niveau scolaire et redoublement d'étude
 - Frais de reconversion professionnelle
 - Frais supplémentaires de transport
- Prestations d'assistance
 - Transport et soins médicaux à l'étranger
 - Frais de prolongation de séjour avant rapatriement
 - Rapatriement sanitaire
 - Retour anticipé de l'Assuré et de sa famille
 - Transport et rapatriement du corps
 - Prolongation de séjour avant rapatriement
 - Rapatriement ou transport sanitaire
 - Caution pénale
 - Assistance juridique à l'Etranger
 - Avance de fonds à l'Etranger
 - Aide en cas de perte de documents d'identité
 - Aide en cas d'annulation ou retard d'avion
 - Transmission de message urgent
 - Chauffeur de remplacement
 - Assistance aux enfants et petits-enfants
 - Accompagnement psychologique

Le Licencié peut également bénéficier des garanties complémentaires selon les options choisies.

Tous les termes qui apparaissent avec la première lettre en majuscule sont définis au **Chapitre 3. DEFINITIONS** ci-dessous.

2. TABLEAUX DES GARANTIES

2.1 GARANTIES DE BASE

ASSURANCE DES ACCIDENTS CORPORELS	MONTANT DES GARANTIES	MONTANT DES FRANCHISES
DECES	10 000 € si assuré à moins 16 ans 20 000 € si l'assuré à 16 ans ou plus	Néant
INVALIDITE PERMANENTE Capital réductible sur la base du taux d'invalidité retenu après Consolidation	60 000 EUR (1) L'Assureur verse la totalité du capital lorsque le taux d'invalidité est supérieur à 65%	Franchise relative de 4%
INDEMNITE SUITE A COMA Versement d'une indemnité égale à	2% du capital décès par semaine de coma dans la limite de 50 semaines sans pouvoir toutefois dépasser le montant dudit capital décès	14 jours
FRAIS MEDICAUX SUITE A ACCIDENT Après déduction des prestations éventuelles d'un régime de sécurité sociale et/ou de santé complémentaire dans la limite des frais réels à l'exception de prothèses dentaires et auditives, bris de lunette ou lentille	200% du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale Avec une sous-limite par Assuré et par Période d'assurance :	Néant
- Frais hospitaliers	Selon montant légal - Max. 365 jours	Néant
- Chambre particulière	900 EUR - Max. 365 jours	Néant
- Frais d'appareillage (fauteuil, béquilles)	800 EUR	Néant
- Autres frais prescrits médicalement	200 EUR	Néant
FRAIS MEDICAUX SUITE A ACCIDENT Après déduction des prestations éventuelles d'un régime de sécurité sociale et/ou de santé complémentaire dans la limite des frais réels pour les frais de prothèses dentaires et auditives, bris de lunette ou de lentille		
- Prothèse dentaire par dent (maximum 5 dents)	Frais réels jusqu'à 300 EUR Par Assuré et par Période d'assurance	Néant
- Bris de lunettes ou lentilles	Frais réels jusqu'à 250 EUR Par Assuré et par Période d'assurance	Néant
- Prothèse auditive par appareil	Frais réels jusqu'à 500 EUR Par Assuré et par Période d'assurance	Néant
FRAIS DE TRANSPORT PRIMAIRE Non pris en charge par la Sécurité Sociale	2 000 EUR par Assuré et par Période d'assurance porté à 3 000 EUR pour les transports par hélicoptère	Néant
FRAIS DE RECHERCHES ET DE SECOURS	10 000 EUR par Assuré et par Période d'assurance	Néant
FRAIS DE RAPATRIEMENT	10 000 EUR par Assuré et par Période d'assurance	Néant
FRAIS DE REMISE A NIVEAU SCOLAIRE	1 600 EUR par Assuré et par Période d'assurance	5 jours d'arrêt
FRAIS DE REDOUBLEMENT DE L'ANNEE D'ETUDES	3 000 EUR par Assuré et par Période d'assurance	2 mois d'arrêt
FRAIS DE RECONVERSION PROFESSIONNELLE - En cas de taux d'infirmité permanente > à 35%	3 000 EUR par Assuré et par Période d'assurance	35% d'IPP

FRAIS SUPPLEMENTAIRES DE TRANSPORT - Pour se rendre au travail et/ou à l'école - Pour se rendre aux consultations médicales et/ou examens	20 EUR / jour - versement 5J/7 pendant 3 mois maxi par Assuré et par Période d'assurance A concurrence de 2.000 EUR par Assuré et par Période d'assurance	5 jours néant
--	--	----------------------

(1) L'Assureur verse la totalité du capital lorsque le taux d'invalidité est supérieur à 65%

ASSISTANCE EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE	MONTANT DES GARANTIES	MONTANT DES FRANCHISES
Frais de transport de l'Assuré blessé ou malade	Frais réels	Sans franchise
Soins médicaux à l'Etranger Y compris envoi de médicaments et soins dentaires	30 500 EUR	
Prolongation de séjour avant rapatriement :		
• Frais d'hôtel	80 EUR / nuit - maximum 10 nuits	
• Frais de transport retour	Frais réels	
Rapatriement ou transport sanitaire	Frais réels	
Retour anticipé	Frais réels	
Transport et rapatriement du corps	Frais réels	
Retour des autres personnes	Frais réels	
Transport d'un membre de la famille :	Frais réels	
• Frais d'hôtel	80 EUR / jour - maximum 10 nuits	
Caution pénale	15 000 EUR	
Assistance juridique à l'Etranger	1 500 EUR	
Avance de fonds à l'Etranger	500 EUR	
Aide en cas de perte de documents d'identité	GARANTI	
Aide en cas d'annulation ou retard d'avion	GARANTI	
Transmission de message urgent	GARANTI	
Chauffeur de remplacement	GARANTI	
Assistance aux enfants et petits-enfants	Billet A/R (train ou avion)	
Accompagnement psychologique	GARANTI	

2.2 GARANTIES COMPLEMENTAIRES

Ces garanties ne sont acquises à l'Assuré que sur demande spécifique effectuée conformément à l'article « Adhésion aux garanties complémentaires » 4.3 et après paiement de la cotisation complémentaire correspondante.

	Option 1	Option 2	Option 3
DECES	< 16 ans : 7 500 € > 16 ans : 30 000 €	< 16 ans : 7 500 € > 16 ans : 45 000 €	< 16 ans : 7 500 € > 16 ans : 60 000 €
INVALIDITE PERMANENTE Capital réductible sur la base du taux d'AIPP retenu après Consolidation	120 000 €	180 000 €	300 000 €
INDEMNITES JOURNALIERES (2) Payables à compter du 4ème jour pendant 365 jours	30 € par jour Franchise 3 jours	60 € par jour Franchise 3 jours	100 € par jour Franchise 3 jours
FRAIS MEDICAUX SUITE A ACCIDENT Après déduction des prestations éventuelles d'un régime de sécurité sociale et/ou complémentaire ou de santé			
Frais de traitement/ pharmaceutiques/ chirurgicaux/médicaux	200 % du tarif conventionnel de la Sécurité sociale	300 % du tarif conventionnel de la Sécurité sociale	300 % du tarif conventionnel de la Sécurité sociale
FRAIS MEDICAUX SUITE A ACCIDENT Après déduction des prestations éventuelles d'un régime de sécurité sociale et/ou de santé complémentaire dans la limite des frais réels			
Prothèses dentaires (maxi 5 dents) (1)	300 € par dent	450 € par dent	450 € par dent
Bris de lunettes ou lentille (forfait)	400 €	600 €	600 €
Prothèse auditive, par appareil (forfait)	1 000 €	1 500 €	1 500 €
FRAIS D'ADAPTATION DU VEHICULE OU DE LA RESIDENCE Capital versé en cas d'invalidité permanente > 50%	NEANT	10 000 €	15 000 €

(1) si port d'un protège dents sur mesure, le montant du remboursement est doublé.

(2) l'indemnité n'est pas versée lorsque l'Assuré n'a ni activité rémunérée ni allocation chômage.

- Option du club « Joueurs en convention de formation » :

	Montant de garantie		Franchises
Décès	45 000 €		Néant
Invalidité permanente Capital réductible sur la base du taux d'AIPP retenu après consolidation	180 000 €		Franchise relative 4%
Remboursement de soins	400 % du tarif conventionnel de la Sécurité sociale sous déduction des prestations éventuelles d'un régime de prévoyance (1)		Néant
Prothèses dentaires (maxi 5 dents)	450 €* par dent (1)(2)		
Bris de lunettes	800 € par an (1)		Néant
Prothèse auditive	800 % du tarif conventionnel de la Sécurité sociale sous déduction des prestations éventuelles d'un régime de prévoyance		Néant
Indemnités journalières forfaitaires	60 € par jour avec un maximum de 365 jours (3)		A compter du 91 ^{ème} jour d'arrêt
Ostéopathie (au choix)	1 ^{ère} formule : Forfait 100€ par an (maxi 50€ par consultation) (1)	2 ^{ème} formule : Forfait 200€ par an (maxi 50€ par consultation) (1)	Néant
TARIF	150€ TTC par an et par bénéficiaire	240€ TTC par an et par bénéficiaire	

(1) sous déduction des prestations éventuelles d'un régime de prévoyance dans la limite des frais réels.

(2) si port d'un protège dents sur mesure, le montant du remboursement est doublé. (3) l'indemnité n'est pas versée lorsque le bénéficiaire n'a ni activité rémunérée ni allocation chômage.

- Joueurs évoluant à l'étranger à l'essai

Les joueurs évoluant à l'étranger qui effectuent un essai dans un club en France d'une durée maximale de 30 jours consécutifs sont garantis au présent contrat au même titre qu'un titulaire d'une Licence émise par la FFHB en cours de validité.

2.3 ENGAGEMENT MAXIMAL DE L'ASSUREUR

Si plusieurs Assurés sont accidentés lors d'un seul et même Accident garanti, le montant total des indemnités versées par l'Assureur pour l'ensemble des garanties ne peut excéder **Cinq Millions d'Euros (5.000.000€)**.

Lorsque le cumul des capitaux décès et invalidité permanente pour les Assurés concernés excède ce montant, les indemnités versées aux Assurés victimes du même Accident seront réduites et réglées proportionnellement au prorata de la prestation qui leur aurait été versée en l'absence de limitation de garanties.

3. DEFINITIONS

Accident

Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Assisteur

AIG Travel, mandaté par l'Assureur.

Assuré

- Toute personne physique titulaire d'une Licence émise par la FFHB en cours de validité, ayant adhéré au Contrat d'assurance
- Toute personne physique bénévole dans le cadre des missions de transports collectifs de Licenciés exclusivement,
- Toute personne physique non licenciée exclusivement dans le cadre des activités listées au 4.1.1 iv) et v) ci-dessous.
- Toute personne physique en convention de formation sur option de son club
- Toute personne physique évoluant à l'étranger à l'essai dans un club en France

Assureur

AIG Europe SA – compagnie d'assurance au capital de 47 176 225 euros, immatriculée au Luxembourg (RCS n° B 218806). Siège social 35 D Avenue J.F. Kennedy, L-1855, Luxembourg.

Succursale pour la France : Tour CBX - 1 Passerelle des Reflets, 92400 Courbevoie - RCS Nanterre 838 136 463 - Adresse Postale : Tour CBX - 1 Passerelle des Reflets, CS 60234, 92913 Paris La Défense Cedex. Téléphone : +33 1.49.02.42.22 - Facsimile : +33 1.49.02.44.04

Barème d'Invalidité

Les indemnités versées au titre d'invalidités permanentes seront réglées en évaluant les taux d'incapacité sur les bases du BAREME INDICATIF D'INVALIDITE POUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL annexé à l'article R.434-32 du Code de la Sécurité Sociale par un expert médical désigné par l'Assureur après que la Consolidation de l'état de santé de l'Assuré a été médicalement constatée.

Bénéficiaire

En cas de décès de l'Assuré, le « bénéficiaire » est, sauf stipulation contraire adressée par l'Assuré ou le Souscripteur au moyen d'une disposition écrite et signée, le conjoint survivant de l'Assuré, non séparé de corps, ni divorcé, le concubin ou la personne ayant conclu un PACS avec l'Assuré, à défaut les enfants légitimes reconnus ou adoptifs vivants ou représentés de l'Assuré, à défaut ses ayants droit. Si l'Assuré est mineur, les « bénéficiaires » sont ses ayants droit légaux. Pour toutes les autres garanties le « bénéficiaire » est l'Assuré lui-même.

Consolidation

Stabilisation de l'état de santé de la victime, reconnue par un Médecin, alors qu'il existe des séquelles permanentes.

Déplacement

Voyage effectué par un Assuré dans le cadre d'une Activité Garantie du Contrat d'assurance, de moins de 90 jours pour un séjour en France métropolitaine, et de moins de 30 jours dans le cadre d'un séjour à l'Etranger ou dans les DROM-COM.

Domicile

Le lieu de résidence habituel d'un Assuré en France métropolitaine, DROM-COM et pays limitrophes. L'adresse fiscale sera considérée comme le domicile en cas de litige.

Enfants à charge

Les enfants légitimes, naturels ou adoptés, non mariés âgés de moins de 18 ans s'ils sont à la charge fiscale de l'Assuré.

Les enfants de moins de 25 ans effectuant des études et à charge fiscalement seront également considérés comme à la charge de l'Assuré.

Etranger

Pays autre que celui où l'Assuré est domicilié.

Franchise

Somme fixée forfaitairement au contrat et restant à la charge de l'Assuré en cas d'indemnisation survenant à la suite d'un Sinistre. La Franchise peut être également exprimée en jour ou en pourcentage.

Guerre Civile

L'opposition déclarée ou non ou toute activité guerrière ou armée, de deux ou plusieurs parties appartenant à un même état dont les opposants sont d'ethnie, de confession ou d'idéologie différentes. Sont notamment assimilés à la « guerre civile » : une rébellion armée, une révolution, une sédition, une insurrection, un coup d'état, les conséquences d'une loi martiale, de fermeture de frontière commandée par un gouvernement ou par des autorités locales. Il appartient à l'Assureur de prouver que le Sinistre résulte de l'un de ces faits de « guerre civile ».

Guerre Etrangère

La guerre déclarée ou non ou toute autre activité guerrière, y compris l'utilisation de la force militaire par une nation souveraine quelconque à des fins économiques, géographiques, nationalistes, politiques, raciales, religieuses ou autres. Sont aussi considérées comme « guerre étrangère » : une invasion, une utilisation ou l'usurpation du pouvoir gouvernemental ou militaire. Il appartient à l'Assuré de prouver que le Sinistre résulte d'un fait autre que celui d'une « guerre étrangère ».

Hospitalisation

Pour les Accidents et les Maladies, le fait de recevoir des soins dans un établissement hospitalier nécessitant un séjour minimal de 24 heures consécutives.

Est considéré comme établissement hospitalier : un hôpital ou une clinique, habilités à pratiquer des actes et des traitements auprès des personnes malades ou accidentées, possédant les autorisations administratives locales autorisant ces pratiques ainsi que le personnel nécessaire.

Licence

Document officiel délivré par la FFHB à toute personne physique l'autorisant à participer à toute activité organisée sous l'égide de la FFHB, à savoir :

- les « licences » annuelles qui sont délivrées du 1^{er} juin de l'année N au 31 mai de l'année N+1
- ou de « licences » « événementielles » (telles que définies dans le règlement général de la FFHB) délivrées pour de courtes périodes.

Licencié

Toute personne physique en possession d'une Licence délivrée par la FFHB.

Maladie

Toute altération soudaine et imprévisible de la santé entraînant une modification de l'état de santé général constatée par un Médecin.

Médecin

Médecin diplômé d'une faculté de médecine reconnue, laquelle figure dans le répertoire des facultés de médecine, publié par l'Organisation Mondiale de la Santé, qui est agréé par les autorités médicales compétentes du pays dans lequel le traitement est dispensé, et qui exerce sa profession dans le cadre de l'autorisation d'exercer qui lui a été délivrée et du diplôme qu'il a obtenu.

Période d'Assurance

Pour les Licences annuelles, la « période d'assurance » correspond à la période de validité de la Licence en cours, à compter du jour de sa délivrance jusqu'au 31 mai suivant. En l'absence de renouvellement de la Licence annuelle, la « période d'assurance » se poursuit jusqu'au 15 septembre de l'année en cours.

Pour les Licences événementielles, la « période d'assurance » correspond à l'ensemble des périodes pour lesquelles une ou plusieurs licences événementielles sont délivrées à l'Assuré entre le 1^{er} juin de l'année N et le 31 mai de l'année N+1.

Sinistre

Tout Accident susceptible de donner lieu à la mobilisation d'une garantie du Contrat d'assurance. Constitue un seul et même « sinistre », l'ensemble des demandes de prestations d'assurance se rattachant à un même Accident.

Souscripteur

La Fédération Française de Handball (F.F.H.B.).

Tiers

Toute personne autre que l'Assuré. Les Assurés sont considérés comme « tiers » entre eux.

4. ETENDUE DES GARANTIES

4.1 ACTIVITES GARANTIES

4.1.1) Les activités de Handball, Handfit', Baby hand, Hand' ensemble, Sandball, Beach handball ou Parahand, lorsque l'événement survient à l'occasion de :

- Compétitions sportives, qu'elles soient locales, régionales, nationales ou internationales,
- Entraînements,
- Autres activités sportives, non compétitives, lorsqu'elles sont exercées au sein d'un club affilié en tant qu'activités annexes préparatoires, ou complémentaires à la pratique du handball
- Formations, initiations, stages, découverte, essai ou action de promotion
- Activités périscolaires, intervention en milieu carcéral ou service civique

organisées ou agréées par la FFHB ou les clubs qui y sont affiliés, la LNH, la LFH, l'EHF, l'IHF ou une structure attachée (ligue ou comité).

4.1.2) Toute autre activité organisée par la FFHB, un club affilié ou une structure attachée (ligue ou comité), lorsque l'événement survient à l'occasion d'activités, telles que :

- L'organisation et participation à des réunions, assemblées, salons, congrès, exposition, manifestations culturelles, récréatives ou caritatives,
- L'organisation et participation à des réunions, assemblées, salons, les actions administratives, logistiques, informatiques nécessaires à l'organisation et la tenue des activités,
- Le prêt, la location, le dépôt de tous biens mobiliers ou immobiliers,
- La formations aux examens et diplômes d'enseignement ou d'arbitrage,
- Toute mission de conseils et d'assistance technique.

Les événements survenant pendant les trajets aller/retour des Assurés pour se rendre sur les lieux où sont exercées les activités ci-dessus mentionnées, dans la mesure où le parcours n'a pas été interrompu ou détourné par un motif dicté par l'intérêt personnel, sont couverts.

Les activités précisées ci-dessus au sein de cet article 4.1 seront nommées « Activités Garanties ».

4.2 FONCTIONNEMENT DES GARANTIES DE BASE ET DES GARANTIES COMPLEMENTAIRES

Lorsque le Licencié choisit de souscrire au Contrat d'assurance auprès de la FFHB, simultanément à sa demande de Licence, il bénéficie automatiquement des garanties de base.

Par la suite, le Licencié pourra choisir de compléter ces garanties de base. Ces garanties complémentaires sont souscrites via un choix d'options et fonctionnent de la manière suivante :

- Les indemnités prévues par les garanties complémentaires « décès » et « invalidité permanente » seront versées **en complément** des indemnités prévues par les garanties de base « décès » et « invalidité permanente » ;
- Les garanties « frais médicaux suite à Accident », « prothèse dentaire », « bris de lunettes ou lentilles » et « prothèses auditives » se substituent aux garanties de base et sont, soient identiques, soient mieux disantes selon l'option de garantie complémentaire choisie ;
- Les garanties « indemnités journalières » et « frais d'adaptation du véhicule ou du domicile » sont des garanties additionnelles selon l'option choisie.

Les juges arbitres et juges délégués désignés en compétition nationale ainsi que les joueurs membres des équipes nationales « jeunes » sans contrat professionnel ou contrat stagiaire bénéficient des garanties complémentaires, option 2.

4.3 ADHESION AUX GARANTIES COMPLEMENTAIRES

La Fédération met à la disposition des Licenciés la possibilité de souscrire aux garanties complémentaires au Contrat d'assurance. Pour ce faire, l'Assuré se rend sur le site internet suivant : <https://connexion.marsh.com/client/optionslicencieffhb> et peut adhérer aux garanties complémentaires en suivant le processus décrit.

5. CONTENU DES GARANTIES ET PRESTATIONS D'ASSISTANCE VOYAGE

5.1 GARANTIES D'ASSURANCE

Les garanties ci-dessous ne sont mobilisables qu'en cas d'Accident survenant au cours de la Période d'Assurance dans le cadre des « Activités Garanties ».

5.1.1 GARANTIE DECES SUITE A ACCIDENT

En cas de décès de l'Assuré survenant immédiatement ou dans un délai de 2 ans des suites d'un Accident garanti, l'Assureur verse au(x) Bénéficiaire(s) le capital indiqué au « Tableau des garanties ».

En cas de disparition de l'Assuré il est convenu que si à l'expiration d'un délai minimum de douze mois, l'Assureur ayant examiné toutes les preuves et justifications qui lui ont été fournies, il n'existe aucune raison de ne pas présumer qu'un Accident garanti s'est produit, alors, cette disparition sera réputée constituer un événement de nature à faire jouer la garantie décès à la suite d'un Accident. Si à tout moment que ce soit, après le versement au(x) Bénéficiaire(s), du capital forfaitaire garanti en règlement du Sinistre, il est constaté que l'Assuré est encore vivant, alors toute somme versée par l'Assureur devra lui être remboursée.

En cas de décès immédiat de l'Assuré, résultant d'un accident vasculaire cérébral incluant la rupture d'anévrisme et l'embolie cérébrale, ou d'un infarctus du myocarde, l'Assureur verse aux Bénéficiaires le capital indiqué au Tableau de garanties. **Pour les Assurés présentant une antériorité médicale en lien avec la rupture d'anévrisme, l'embolie cérébrale, ou l'infarctus du myocarde, la garantie n'est acquise que sur présentation d'un certificat médical préalable de non-contre-indication à la pratique sportive du Handball (et discipline autorisée par la FFHB) en entraînement comme en compétition pour la saison en cours.**

5.1.2 GARANTIE INVALIDITE PERMANENTE SUITE A ACCIDENT

Lorsqu'un Assuré est victime d'un Accident garanti et qu'il est médicalement établi qu'il persiste une invalidité permanente totale ou partielle, l'Assureur verse à l'Assuré le capital forfaitaire indiqué au « Tableau des garanties » multiplié par le taux d'invalidité de l'Assuré, conformément au Barème Indicatif d'Invalidité pour les Accidents du Travail établi conformément à la loi du 30 Octobre 1946 suivant le Code de la Sécurité Sociale.

L'Assuré ne peut exiger aucune indemnité avant que l'invalidité n'ait été reconnue définitive, c'est-à-dire avant Consolidation complète.

En cas d'invalidité permanente de l'Assuré, exclusivement imputable à un accident vasculaire cérébral incluant la rupture d'anévrisme et l'embolie cérébrale, ou à un infarctus du myocarde, l'Assureur verse aux Bénéficiaires le capital indiqué au Tableau de garanties. **Pour les Assurés présentant une antériorité médicale en lien avec la rupture d'anévrisme, l'embolie cérébrale, ou l'infarctus du myocarde, la garantie n'est acquise que sur présentation d'un certificat médical préalable de non-contre-indication à la pratique sportive du Handball (et discipline autorisée par la FFHB) en entraînement comme en compétition pour la saison en cours.**

Aucun Accident ne peut donner droit simultanément au versement des capitaux décès et invalidité. Toutefois, dans le cas où après avoir perçu une indemnité résultant d'une invalidité consécutive à un Accident garanti, l'Assuré vient à décéder dans un délai de 2 ans des suites du même Accident, l'Assureur verse au(x) Bénéficiaire(s) le capital prévu en cas de décès accidentel après déduction de l'indemnité déjà versée au titre de l'invalidité.

Le taux d'invalidité maximum retenu ne peut en aucun cas dépasser 100%.

5.1.3 GARANTIE 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 désigné en cas de décès et sur 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 Période d'assurance.

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

Pour l'application de présente garantie, on entend par « coma » : tout 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.

5.1.4 GARANTIE FRAIS MEDICAUX SUITE A ACCIDENT

L'Assureur garantit, à concurrence des montants figurant au « Tableau de garanties », le remboursement des frais médicaux engagés par l'Assuré à la suite d'un Accident garanti.

Les indemnités versées par l'Assureur viendront exclusivement en complément des remboursements qui pourraient être garantis à l'Assuré pour les mêmes frais médicaux par la Sécurité Sociale ou par tout autre régime collectif ou individuel de prévoyance ou santé complémentaire, sans toutefois que l'Assuré puisse percevoir au total un montant supérieur à celui de ses débours réels.

▪ 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 Médecin conformément à la réglementation du pays où sont dispensés les soins.

Lorsque l'Assuré dispose d'un régime de Sécurité Sociale, seuls les frais ayant fait l'objet d'un remboursement par ce régime peuvent donner lieu à un remboursement au titre du Contrat d'assurance.

Lorsque l'Assuré ne dispose pas de régime de Sécurité Sociale, seuls sont remboursés les frais qui auraient été pris en charge si l'Assuré avait bénéficié d'un tel régime.

▪ Base et montant du remboursement

Sauf pour les appareils de prothèse dentaire, de lunettes ou de lentilles 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 « Tableaux de Garantie », selon l'option souscrite, déduction faite des remboursements versés par le régime de Sécurité Sociale ou par tout autre régime collectif ou individuel de prévoyance ou santé complémentaire.

▪ Frais hospitaliers et de chambre particulière :

La durée de prise en charge est limitée à 365 jours par Période d'assurance.

5.1.5 FRAIS DE TRANSPORT PRIMAIRE DE L'ASSURE

Pour l'application de la présente garantie, on entend par transport primaire : les frais de transport de l'Assuré, le jour de l'Accident, effectué d'urgence ou sur l'ordre d'un Médecin et non pris en charge par la Sécurité Sociale.

Sont remboursés les frais de transport primaire de l'Assuré accidenté dans la limite du montant, par Période d'assurance, indiqué au « Tableau de garanties ».

5.1.6 FRAIS DE RECHERCHES ET DE SECOURS

L'Assureur rembourse à concurrence du montant indiqué au « Tableau de garanties », les frais de recherche et de secours avancés par les autorités locales et dont le remboursement est demandé à l'Assuré, engagés à la suite d'un Accident garanti.

5.1.7 FRAIS DE REMISE A NIVEAU SCOLAIRE

Par suite d'Accident garanti, l'Assuré peut être contraint d'interrompre sa scolarité.

L'Assureur s'engage, à concurrence du montant fixé au « Tableau de garanties », à rembourser les frais exposés pour la remise à niveau scolaire de l'Assuré, élève d'un établissement scolaire.

Pour entraîner le paiement de l'indemnité, les conditions ci-dessous doivent être simultanément réunies :

- un 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.

5.1.8 FRAIS DE REDOUBLEMENT DE L'ANNEE D'ETUDES

L'Assureur s'engage, à concurrence du montant figurant au « Tableau de garanties » à rembourser à l'Assuré :

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

Pour entraîner le paiement de l'indemnité, les conditions ci-dessous doivent être simultanément réunies :

- un 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 scolaire ou dans un autre établissement scolaire (changement d'orientation) doivent être fournis.

5.1.9 FRAIS DE RECONVERSION PROFESSIONNELLE

L'Assureur procède au remboursement, à concurrence du montant figurant au « Tableau de garanties », des frais de formation professionnelle pour la reconversion professionnelle engagés par l'Assuré.

Pour entraîner le paiement de l'indemnité, les conditions ci-dessous doivent être simultanément réunies :

- l'Accident doit avoir entraîné un taux d'invalidité supérieur à 25 %, médicalement constaté dans les 2 années qui suivent l'Accident ou après Consolidation ;
- 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.

5.1.10 FRAIS SUPPLEMENTAIRES DE TRANSPORT

Pour se rendre au travail et/ou à l'école

L'Assureur procède au remboursement des frais supplémentaires de transport que l'Assuré, victime d'un Accident garanti, engage pour se rendre à son travail ou à son école dans l'attente de sa Consolidation. L'indemnisation intervient dans les limites indiquées au « Tableau de garanties ».

La justification de tels frais devra être apportée par l'Assuré, qui 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.

Pour se rendre aux consultations médicales et/ou examens

L'Assureur procède au remboursement des frais supplémentaires de transport que l'Assuré, victime d'un Accident garanti engage pour se rendre à une consultation médicale ou à un examen médical, dans l'attente de sa Consolidation. L'indemnisation intervient dans la limite du montant, par Période d'assurance, indiqué au « Tableau de garanties ».

Les indemnités versées par l'Assureur viendront exclusivement en complément des remboursements qui pourraient être garantis à l'Assuré pour les mêmes frais médicaux par la Sécurité Sociale ou par tout autre régime collectif ou individuel de prévoyance ou santé complémentaire, sans toutefois que l'Assuré puisse percevoir au total un montant supérieur à celui de ses débours réels.

Les frais de transport garantis sont ceux pris en charge par l'Assurance maladie, sur prescription médicale, dans les situations suivantes :

- transports liés à une Hospitalisation (entrée et/ou sortie de l'hôpital), quelle que soit la durée de l'Hospitalisation (complète, partielle, ou ambulatoire) ;
- transports liés aux traitements ou examens pour les patients reconnus atteints d'une affection de longue durée et présentant une des incapacités ou déficiences définies par le référentiel de prescription des transports ;
- transports liés aux traitements ou examens ;
- transports en ambulance, lorsque l'état du patient nécessite d'être allongé ou sous surveillance;
- transports de longue distance (plus de 150 km aller) ;
- transports en série (au moins 4 transports de plus de 50 km aller, sur une période de deux mois, au titre d'un même traitement).

5.1.11 INDEMNITES JOURNALIERES SUITE A ACCIDENT

Cette garantie n'est acquise que si l'Assuré en fait la demande en adhérant à l'une des options des garanties complémentaires (se reporter au « Tableau de garanties »).

Pour l'application de la présente garantie, on entend par Incapacité temporaire : l'état de santé de l'Assuré, qui, à la suite d'un Accident garanti, se trouve dans l'impossibilité d'exercer ses activités habituelles. Cet état doit être constaté par une autorité médicale compétente.

En cas d'Incapacité temporaire, le montant de l'indemnité journalière garantie versée par l'Assureur à l'Assuré est précisé dans le « Tableau de garantie ».

Si le Médecin délivre un certificat d'arrêt d'activité à mi-temps, le présent contrat garantit le paiement de la moitié de l'indemnité journalière prévue dans le « Tableau de garantie ».

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 versées par le régime de Sécurité Sociale ou par tout autre régime collectif ou individuel de prévoyance ou santé complémentaire.

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

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 ». 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.

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'allocation n'est pas versée lorsque l'Assuré n'a ni activité rémunérée, ni allocation chômage.

5.1.12 FRAIS D'ADAPTATION DU VEHICULE OU DU DOMICILE

Cette garantie n'est acquise que si l'Assuré en fait la demande en adhérant à l'option 2 ou 3 des garanties complémentaires (se reporter au « Tableau de garanties »).

Lorsque l'Assuré est atteint, à la suite d'un Accident garanti, d'une invalidité permanente Consolidée d'un taux égal ou supérieur à 50%, l'Assureur rembourse les dépenses que ce dernier 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 invalidité consécutive à un Accident garanti.

Ces dépenses doivent être engagées au plus tard dans l'année suivant la date de la Consolidation de l'invalidité permanente. L'Assureur rembourse l'Assuré, sur présentation des factures justificatives, dans la limite du montant maximum indiqué au « Tableau de garantie ».

5.2 PRESTATIONS D'ASSISTANCE VOYAGE

L'Assisteur prend en charge et met en œuvre les moyens nécessaires à l'exécution des prestations prévues ci-après, exclusivement lors d'un Déplacement intervenant pendant la Période d'assurance dans le cadre des Activités Garanties.

L'Assisteur accorde à l'Assuré une assistance médicale en cas d'interruption d'un Déplacement à la suite d'un Accident, d'une Maladie dans les conditions définies ci-dessous.

5.2.1 FRAIS DE TRANSPORT DE L'ASSURE BLESSE OU MALADE

L'Assisteur organise et prend en charge le transport de l'Assuré vers l'établissement hospitalier le plus approprié ou mieux équipé en cas d'Accident garanti ou de Maladie nécessitant des soins d'urgence lors d'un Déplacement.

5.2.2 SOINS MEDICAUX A L'ETRANGER ET ENVOI DE MEDICAMENTS

Est garanti le paiement des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et des frais d'hospitalisation, petits soins dentaires, urgents et imprévisibles, engagés par l'Assuré à l'Etranger survenu lors d'un Déplacement.

Le règlement est effectué, dans la limite des frais réels à concurrence du montant fixé au « Tableau de garanties », en complément des indemnités de même nature allouées à l'Assuré par un régime de Sécurité Sociale ou par tout autre régime collectif ou individuel de prévoyance ou santé complémentaire.

Sont également pris en charge, dans la limite des frais réels à concurrence du montant fixé au « Tableau de garanties », l'avance du coût des médicaments indispensables et introuvables sur place et la prise en charge de leurs frais d'envoi. **L'Assuré doit rembourser à l'Assisteur le montant de cette avance dans un délai de trois mois.**

5.2.3 PROLONGATION DE SEJOUR AVANT RAPATRIEMENT

Si l'état de santé de l'Assuré ne nécessite pas son Hospitalisation, que l'Assisteur ne peut effectuer son rapatriement et que la durée prévue du Déplacement est terminée, l'Assisteur prend en charge les frais de prolongation de son séjour dans la limite du montant et du nombre de nuits d'hôtel indiqués au « Tableau de garanties ».

Lorsque l'état de santé le permet, l'Assisteur organise et prend en charge le retour en France métropolitaine de l'Assuré et éventuellement de la personne restée à son chevet s'ils ne peuvent rentrer par les moyens initialement prévus.

5.2.4 RAPATRIEMENT OU TRANSPORT SANITAIRE

L'Assisteur rapatrie l'Assuré à son Domicile lorsqu'il est en état de quitter l'établissement hospitalier. Seules les autorités médicales de l'Assisteur sont habilitées à décider du rapatriement, du choix des moyens de transport et du lieu d'Hospitalisation et se mettent si nécessaire en rapport avec le Médecin traitant sur place et/ou le Médecin de famille, afin d'intervenir dans les conditions les mieux adaptées à l'état de l'Assuré.

Les réservations sont faites par l'Assisteur qui est en droit de demander à l'Assuré, les titres de transport non utilisés. L'Assisteur n'est tenu qu'à la prise en charge des frais complémentaires à ceux que l'Assuré aurait dû normalement exposer pour son retour.

5.2.5 RETOUR ANTICIPE DE L'ASSURE

Sont garantis les frais engagés pour le retour de l'Assuré sur un avion de ligne en classe touriste ou par train en première classe, jusqu'à son Domicile, à la suite d'un des événements suivants intervenus alors que l'Assuré est en déplacement :

- accident, maladie ou décès atteignant son conjoint ou concubin, leurs ascendants, descendants, ne participant pas au Déplacement. La gravité de l'accident ou de la maladie devra être constatée par une autorité médicale ;
- décès d'un frère, d'une sœur, d'un gendre ou d'une belle-fille, d'un beau-frère ou d'une belle-sœur, ne participant pas au Déplacement ;
- dommage matériel causé par un accident, un incendie, une explosion ou un événement naturel entraînant des dommages importants aux biens mobiliers, aux locaux professionnels ou d'habitation principale ou secondaire, occupés par l'Assuré et nécessitant sa présence urgente et impérieuse, dans la mesure où il ne peut rejoindre son Domicile par les moyens de transport initialement prévus.

5.2.6 TRANSPORT ET RAPATRIEMENT DU CORPS

En cas de décès d'un Assuré survenu lors d'un Déplacement, l'Assisteur organise et prend en charge le transport du corps de l'Assuré jusqu'à son Domicile.

5.2.7 RETOUR D'AUTRES PERSONNES

En cas de mise en jeu des garanties suivantes :

- Frais de rapatriement ou de transport sanitaire de l'Assuré
- Retour anticipé de l'Assuré
- Frais de rapatriement ou de transport du corps en cas de décès

sont garantis les frais engagés pour le retour d'une ou deux personnes voyageant avec l'Assuré, dans la mesure où elles ne peuvent rejoindre leur Domicile par les moyens de transport initialement prévus.

L'Assisteur organise et prend également en charge le retour en France métropolitaine, dans un pays frontalier ou en DROM-COM des accompagnants mineurs, des personnes handicapées et des animaux de compagnie se trouvant sur place s'ils ne peuvent rentrer par les moyens initialement prévus.

Les frais entraînés par le retour sont pris en charge par l'Assureur, sous déduction des frais que ces personnes auraient dû normalement engager.

5.2.8 FRAIS D'HOTEL ET DE TRANSPORT D'UN MEMBRE DE LA FAMILLE

Sont garantis les frais engagés pour le transport aller et retour sur un avion de ligne en classe touristique ou par train en première classe, d'un membre de la famille résidant en France métropolitaine, dans un pays frontalier ou en DROM-COM :

- pour se rendre au chevet de l'Assuré blessé ou malade, lorsque son état ne justifie pas ou empêche le rapatriement immédiat et que l'hospitalisation sur place est supérieure à 10 jours ;
- en cas de décès de l'Assuré pour la reconnaissance du corps ;
- dans le cas où des raisons administratives imposent une inhumation provisoire ou définitive sur place.

L'Assisteur garantit en outre, à concurrence du montant fixé au « Tableau de garanties », sur justificatifs, le paiement des frais d'hôtel, à l'exclusion des frais de nourriture et annexes, du membre de la famille de l'Assuré.

5.2.9 CAUTION PENALE

Si l'Assuré, lors d'un Déplacement, est incarcéré ou menacé de l'être, sous réserve que les faits reprochés ne soient pas susceptibles de sanction pour acte criminel selon la législation locale, l'Assisteur fait l'avance de la caution pénale réclamée à l'Assuré à concurrence du montant indiqué au « Tableau des garanties ».

Pour le remboursement de cette somme, l'Assisteur accorde à l'Assuré, un délai de trois mois à compter du jour de l'avance. Si cette caution est remboursée avant ce délai par les autorités du pays, elle doit être aussitôt restituée à l'Assisteur. Si l'Assuré est cité devant un tribunal et ne s'y présente pas, l'Assisteur exige immédiatement le remboursement de la caution qu'il ne peut récupérer du fait de sa non-présentation. Des poursuites judiciaires peuvent être engagées contre l'Assuré si le remboursement de la caution n'est pas effectué dans le délai prévu.

5.2.10 ASSISTANCE JURIDIQUE A L'ETRANGER

L'Assisteur prend en charge, à concurrence du montant indiqué au « Tableau de garanties », les honoraires d'un conseil juridique auxquels l'Assuré pourrait être amené à faire librement appel si une action est engagée contre lui lors d'un Déplacement à l'Etranger, sous réserve que les faits reprochés ne soient pas susceptibles de sanction pénale selon la législation locale. **Cette garantie ne s'exerce pas pour les faits en liaison avec tout accident de la circulation.**

5.2.11 AVANCE DE FONDS A L'ETRANGER

Si, à la suite d'un vol ou d'une perte de documents ou d'effets personnels lors d'un Déplacement à l'Etranger, déclarés aux autorités de police locale, l'Assuré se trouve dépourvu de toutes ressources, l'Assisteur se charge de lui faire parvenir, par les moyens les plus rapides, les fonds qui lui sont nécessaires et dont il a immédiatement besoin.

L'Assisteur ne sera tenu à cet envoi que sous réserve qu'une caution soit préalablement versée par l'un des proches de l'Assuré ou par tout organisme désigné de ce dernier.

Le montant de l'avance est déterminé en accord avec l'Assuré et selon le plafond fixé dans le « Tableau de garanties ».

5.2.12 AIDE EN CAS DE PERTE DE DOCUMENTS D'IDENTITE

En cas de perte de carte d'identité, visa et/ou papier d'identité, et/ou d'affaires personnelles de l'Assuré, survenant lors d'un Déplacement à l'Etranger, l'Assisteur l'informe des démarches à effectuer auprès des autorités locales pour la reconstitution des documents indispensables à la poursuite du Déplacement.

5.2.13 AIDE EN CAS D'ANNULATION OU RETARD D'AVION (UNIQUEMENT EN FRANCE METROPOLITAINE)

En cas d'annulation ou de retard d'avion subi lors d'un Déplacement en France métropolitaine, l'Assisteur peut aider l'Assuré à effectuer de nouvelles réservations rendues nécessaires du fait de cette annulation ou de ce retard d'avion (réservation d'avion, de chambre d'hôtel, de taxi à l'arrivée).

L'Assisteur ne prend en aucun cas en charge les frais liés aux réservations effectuées. La totalité de ces frais reste à la charge de l'Assuré.

5.2.14 TRANSMISSION DE MESSAGE URGENT

A la demande de l'Assuré, l'Assisteur transmet 24h/24 au destinataire désigné par l'Assureur, en France ou à l'Etranger, les messages à caractère urgent et strictement personnel.

5.2.15 CHAUFFEUR DE REMPLACEMENT (UNIQUEMENT EN FRANCE METROPOLITAINE OU PAYS LIMITROPHE)

Si, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident garanti, l'Assuré en Déplacement, en France métropolitaine ou dans un pays limitrophe, ne peut plus conduire son véhicule et qu'aucun des accompagnants n'est capable de le remplacer, l'Assisteur organise la mise à disposition, pendant une durée de 2 jours consécutifs maximum, d'un chauffeur pour ramener le véhicule et ses passagers au Domicile habituel de l'Assuré par le trajet le plus direct.

Au titre de cette garantie, l'Assisteur prend en charge le salaire du chauffeur ainsi que ses défraiements pendant le voyage. Les frais de carburant, de péage, les frais d'hôtel et de restauration de l'Assuré et éventuels passagers restent à la charge de ces derniers.

Cette garantie est limitée aux Accidents ou Maladies survenus en France métropolitaine ou dans un pays limitrophe.

5.2.16 ASSISTANCE AUX ENFANTS ET PETITS-ENFANTS

Si, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident garanti survenus pendant son Déplacement, l'état de santé de l'Assuré ne lui permet pas de s'occuper de ses enfants ou petits-enfants mineurs et qu'aucun membre majeur de la famille de l'Assuré ne l'accompagne, l'Assisteuse organise le déplacement de la personne que l'Assuré aura désigné pour ramener les enfants ou petits-enfants mineurs à leur domicile habituel.

Au titre de cette garantie, l'Assisteuse prend en charge le billet A/R d'avion ou train en classe économique de la personne désignée par l'Assuré dans la limite des montants prévus au « Tableau de garantie ». **Les frais de transport retour des enfants ou petits-enfants ne sont pas pris en charge au titre de cette garantie.**

5.2.17 ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE

En cas d'Accident garanti survenu lors d'un Déplacement, l'équipe médicale de l'Assisteuse est à la disposition de l'Assuré 24h/24 pour lui apporter un soutien humain et personnalisé, afin d'analyser la situation et ses besoins et de déterminer la nature et l'étendue des difficultés à surmonter.

Le cas échéant, l'Assisteuse le met en relation avec un conseiller en écoute médico-sociale et psychologique, et si besoin et à la convenance de l'Assuré, l'oriente pour des consultations vers un psychologue partenaire du réseau de l'Assisteuse.

6. EXCLUSIONS

Sont toujours exclus de toutes les garanties contractuelles :

- Tout Assuré ou Bénéficiaire figurant sur toute base de données officielle, gouvernementale ou policière de personnes avérées ou présumées terroristes, membres d'organisation terroriste, trafiquants de stupéfiants, ou impliqués en tant que fournisseur dans le commerce illégal d'armes nucléaires, chimiques ou biologiques.
- Tout Déplacement à destination de, ou effectué dans, ou via les pays ou territoires suivants : Cuba, Iran, Soudan, Syrie, Corée du Nord, Russie, Biélorussie, Ukraine, République Populaire de Donetsk, la République Populaire de Lougansk, Israël, Bande de Gaza, Plateau du Golan, Liban, Cisjordanie, la Crimée.
- Les dommages résultant d'un Accident survenu avant la prise d'effet des garanties.
- Les Maladies sauf dans le cas des prestations d'assistance précisées au 5.2.
- Les conséquences d'une Guerre Civile ou de Guerre Etrangère.
- Les accidents causés ou provoqués intentionnellement par l'Assuré ou le Bénéficiaire du contrat.
- Les Assurés dont les relevés toxicologiques constatent la présence dans l'organisme de drogues, stupéfiants, substances analogues et médicaments non prescrits par une autorité médicale habilitée et leurs conséquences, au moment du Sinistre.
- Les Accidents causés par l'état alcoolique de l'Assuré caractérisé par la présence dans le sang d'un taux d'alcool pur égal ou supérieur à celui fixé par la loi régissant la circulation automobile au moment du Sinistre.
- Les conséquences de la participation par l'Assuré à des rixes (sauf cas de légitime défense), des crimes, ou des paris de toute nature.
- Les conséquences d'une crise d'épilepsie ou de delirium tremens.
- Les conséquences du suicide ou tentative de suicide de l'Assuré.
- Les conséquences de la pratique de sports comportant l'utilisation d'un engin terrestre, aérien ou aquatique à moteur.
- Les conséquences de la pratique des sports suivants : deltaplane, parachutisme, planeur, parapente, kitesurf, sauts à l'élastique, plongée sous-marine, spéléologie et alpinisme.
- Les conséquences de la participation à des compétitions aériennes, démonstrations acrobatiques, tentatives de record, vols d'essai ou vols sur prototypes.
- Les conséquences de la pratique du pilotage d'appareil de navigation aérienne.
- Les conséquences de tout événement d'origine nucléaire, chimique, biochimique ou bactériologique.
- Les accidents dus à des radiations ionisantes émises par des combustibles nucléaires ou par des produits ou déchets radioactifs, ou causés par des armes ou engins destinés à exploser par modification de structure du noyau de l'atome.

Sont exclus des garanties d'assurance du 5.1 :

- Tout sportif de Haut Niveau (« SHN ») inscrit sur la liste des sportifs de haut niveau de l'article R. 221-1 du Code du sport, arrêtée par le Ministre chargé des sports et relevant des catégories suivantes : "Elite", "Sénior", "Relève", et "Reconversion", à l'exception des joueurs membres des équipes nationales « jeunes » sans contrat professionnel ou contrat stagiaire.

Exclusions complémentaires spécifiques à la garantie « Indemnités journalières » :

- Les séjours dans les maisons de repos et de convalescence.

Exclusions complémentaires spécifiques aux prestations d'« Assistance voyage » :

- Les frais d'assistance consécutifs à un Accident ou une Maladie constaté médicalement avant le Déplacement, sauf en cas d'aggravation soudaine et imprévisible en cours de Déplacement.
- Les frais d'assistance lorsque l'interruption du Déplacement résulte d'une inobservation volontaire de la réglementation des pays visités ou de la pratique d'activités non autorisées par les autorités locales ;
- Toute intervention médicale effectuée pour convenance personnelle pendant le Déplacement ;
- Les frais de prothèse, de cure thermale, de traitement esthétique, de séjour en maison de repos, les frais de rééducation pendant le Déplacement ;
- Les frais occasionnés par les interruptions volontaires de grossesse et les complications qui peuvent y être liées.
- Dans le cadre spécifique de l'accompagnement psychologique uniquement :
 - Les demandes d'assistance relatives à tout Accident survenu plus de 6 mois avant la demande d'assistance,
 - Les demandes d'assistance de suivi psychologique alors que le Bénéficiaire est déjà suivi par un psychiatre ou un psychologue,
 - Les demandes d'assistance en cas de décompensation psychique grave nécessitant une Hospitalisation en milieu spécialisé.

Dans le cadre spécifique de l' « assistance juridique » à l'Etranger uniquement : tout fait résultant du trafic de stupéfiants ou de drogues, crime, délit ou infraction d'ordre financier ou fiscal ainsi que de la participation de l'Assuré à des manifestations politiques.

7. TERRITORIALITE

Les garanties du Contrat d'assurance sont accordées dans le monde entier à l'exclusion des pays listés ci-dessous et sous réserve que la présence de l'Assuré à l'Etranger soit inférieure à 30 jours consécutifs :

Aucune garantie du contrat ne s'applique en cas d'évènement garanti survenant dans les pays suivants : IRAN, CUBA, SYRIE, COREE DU NORD, REGION DE CRIMEE, REPUBLIQUE POPULAIRE DE DONETSK, REPUBLIQUE POPULAIRE DE LOUGANSK, RUSSIE, BIÉLORUSSIE, UKRAINE, ISRAËL, BANDE DE GAZA, CISJORDANIE, PLATEAU DE GOLAN, LIBAN

8. MODALITES EN CAS DE SINISTRE POUR LES PRESTATIONS D'ASSISTANCE

Pour que les prestations d'assistance s'appliquent, l'Assuré, son représentant, les membres de sa famille ou son accompagnateur doivent obligatoirement et préalablement à toute intervention engageant les garanties du contrat, prendre contact **exclusivement** avec l'Assisteur :

Depuis la France
Tel : 01 49 024 670

Depuis l'étranger
Tel : 33 149 024 670

Dans tous les cas, indiquer : le nom de l'Assuré, le numéro du Contrat d'assurance (FRPO000009), la nature et le lieu de l'Accident ou de la Maladie, un numéro de téléphone, le nom du groupe ou du club auquel l'Assuré est affilié, le numéro de Licence et l'option d'assurance souscrite par ce dernier.

Dans tous les cas, seules les autorités médicales de l'Assisteur sont habilitées à décider du rapatriement, du choix des moyens de transport et du lieu d'Hospitalisation et se mettent si nécessaire en rapport avec le Médecin sur place et/ou le Médecin de famille.

Les réservations sont faites par l'Assisteur qui est en droit de demander à l'Assuré, les titres de transport non utilisés.

L'Assisteur n'est tenu qu'à la prise en charge des frais complémentaires à ceux que l'Assuré aurait dû normalement exposer pour son retour.

9. MODALITES EN CAS DE SINISTRE POUR LES GARANTIES D'ASSURANCE

9.1 DECLARATION DU SINISTRE

Le Souscripteur, l'Assuré, ou son représentant légal doit adresser, dès qu'il en a connaissance et au plus tard dans les 15 jours ouvrés, leur déclaration de Sinistres auprès de Marsh à l'adresse suivante, pour transmission par ce dernier à l'Assureur dans le délai précité :

Marsh, Tour Ariane, 92088 la Défense

Mail : assurances.handball@marsh.com

En cas de non-respect du délai de déclaration du Sinistre et dans la mesure où l'Assureur établit que le retard dans la déclaration lui a causé un préjudice, l'Assuré perd, pour le Sinistre concerné, le bénéfice des garanties du Contrat d'assurance, sauf si ce retard est dû à un cas fortuit ou de force majeure.

Toute fraude, réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part du Souscripteur, de l'Assuré ou du Bénéficiaire, ayant pour but d'induire l'Assureur en erreur sur les circonstances ou les conséquences d'un Sinistre, entraîne la perte de tout droit à indemnité pour ce Sinistre.

■ Pièces à fournir par l'Assuré ou le Bénéficiaire dans tous les cas :

Dans le cas où un Assuré est victime d'un Accident garanti pouvant entraîner la mise en œuvre des garanties du Contrat d'assurance, l'Assuré ou son représentant doit adresser à l'Assureur une déclaration écrite mentionnant ou contenant :

- Le formulaire de déclaration de sinistre
- Le numéro de Licence de l'Assuré
- Tout document justifiant de l'adhésion et éventuellement des garanties complémentaires souscrites
- Les circonstances détaillées de l'Accident, le nom des témoins éventuels ainsi que la date de première constatation des blessures
- Le cas échéant le certificat du Médecin, du chirurgien ou du centre hospitalier appelé à donner les premiers soins, décrivant les blessures ou la nature de la Maladie
- Les factures, feuilles de maladie, honoraires de Médecin, relevés de Sécurité Sociale, factures hospitalières permettant d'établir le montant réel des débours de l'Assuré, ainsi que les feuilles de remboursement dont l'Assuré a été bénéficiaire.

En cas de prise en charge intégrale des frais médicaux par les organismes sociaux, si les certificats médicaux mentionnent une probabilité d'aggravation du Sinistre ou de soins différés (prothèses dentaires par exemple), l'Assuré doit effectuer une déclaration « pour ordre » auprès de l'Assureur.

Dans tous les cas l'Assureur peut réclamer la production de toute pièce dès lors que cette dernière est objectivement et strictement nécessaire afin de démontrer que les conditions de la garantie sont réunies.

▪ **Pièces complémentaires à fournir en cas d'incapacité temporaire totale (dans le cadre de la garantie « indemnités journalières suite à Accident »)**

Dans tous les cas

- Le certificat du Médecin, du chirurgien ou du centre hospitalier appelé à donner les premiers soins, décrivant les blessures et fixant la durée prévisible de l'arrêt d'activité
- Un certificat médical de prolongation, si l'Assuré n'est pas en mesure de reprendre son activité professionnelle à la date fixée par le précédent certificat, ce certificat devant parvenir à l'Assureur dans un délai de 10 jours suivant la date d'expiration du précédent certificat

Toute transmission dans un délai supérieur à 15 jours entraîne la déchéance du droit aux indemnités journalières pendant la période comprise entre la date d'expiration du précédent certificat et la date d'envoi du certificat de prolongation, sauf cas fortuit ou de force majeure.

Assuré exerçant une activité professionnelle salariée

- une attestation de perte de salaire établie par l'employeur
- tous justificatifs originaux indiquant le(s) paiement(s) effectué(s) par la Sécurité Sociale ou régime similaire, régime complémentaire ou employeur
- Le bulletin de salaire du mois de l'Accident

Assuré est inscrit à FRANCE TRAVAIL et recevant à ce titre des prestations

- un justificatif de la dernière indemnisation versée par France Travail
- tous justificatifs originaux indiquant le(s) paiement(s) effectué(s) par la Sécurité Sociale ou régime similaire, régimes complémentaires

Assuré travailleur indépendant ou exerçant une profession libérale

- la déclaration de revenus de l'Assuré pour de l'année N-1.

▪ **Pièces complémentaires à fournir en cas de décès**

L'Assuré ou son représentant doit adresser à l'Assureur une déclaration écrite mentionnant ou contenant :

- L'original du certificat de décès
- Un certificat médical précisant la nature du décès
- Un acte de dévolution successorale
- La copie du jugement de mise sous régime de protection si le Bénéficiaire est un majeur protégé

En cas de disparition de l'Assuré, ouvrant droit au paiement du capital décès, doit, en outre, être communiquée la déclaration des autorités compétentes, ou la preuve de l'événement pouvant laisser présumer la disparition de l'Assuré, et la probabilité de décès qui en découle.

▪ **Pièces complémentaires à fournir en cas d'invalidité**

- Le procès-verbal ou tout autre rapport des autorités locales établissant les circonstances de l'Accident, à défaut les coordonnées du procès-verbal établi ou de main courante
- Le premier rapport médical décrivant la nature des blessures et portant un diagnostic précis
- Le rapport final de consolidation

L'Assuré ne peut exiger aucune indemnité avant que l'incapacité n'ait été reconnue définitive, c'est-à-dire avant Consolidation.

9.2 REGLEMENT DU SINISTRE

Tout règlement ne pourra se faire qu'après remise d'un dossier complet accompagné des pièces demandées.

Après accord des parties, l'indemnité est payable sans intérêt dans le délai de 15 jours à compter de sa fixation ou du jugement devenu définitif. Le paiement de l'indemnité est définitif et décharge l'Assureur de tout recours ultérieur se rapportant au Sinistre ou à ses suites.

Si un contrôle d'experts s'avérait nécessaire pour le règlement du Sinistre et que, sans motif valable, l'Assuré ou le représentant légal refusait de s'y soumettre et, si après avis donné quarante-huit heures à l'avance par lettre recommandée, il persistait dans son refus, l'Assureur se verrait dans l'obligation de le déchoir de tout droit à indemnité pour le Sinistre en cause.

Aggravation indépendante du fait accidentel ou pathologique

Toutes les fois que les conséquences d'un Accident ou d'une Maladie sont aggravées par un traitement empirique, par le refus ou la négligence de l'Assuré de se soumettre aux soins médicaux nécessités par son état, l'indemnité est calculée non pas sur les suites effectives du cas, mais sur celles qu'elles auraient eues chez un sujet de santé normale soumis à un traitement médical rationnel et approprié.

Expertise

Les dommages corporels sont évalués de gré à gré ou à défaut par une expertise amiable, sous réserve des droits respectifs des parties. Chacune des parties choisit un expert. Si les experts ainsi désignés ne sont pas d'accord, ils s'adjoignent un troisième expert. Les trois experts

opèrent en commun accord et à la majorité des voix. Faute par l'une des parties de nommer son expert, ou par les deux experts de s'entendre sur le choix du troisième, la désignation est effectuée par le tribunal compétent dans le ressort duquel le Sinistre s'est produit. Cette nomination a lieu sur simple requête de la partie la plus diligente faite au plus tôt 15 jours après l'envoi à l'autre partie d'une lettre recommandée de mise en demeure avec avis de réception. Chaque partie paie les frais et honoraires de son expert et s'il y a lieu, la moitié des honoraires du tiers expert et des frais de sa nomination.

Pour les prestations d'assistance

L'Assisteur ne peut être tenu pour responsable des retards ou empêchements dans l'exécution des prestations en cas de grève, émeute, mouvement populaire, représailles, restriction à la libre circulation, acte de sabotage ou de terrorisme, dégagement de chaleur ou irradiation provenant de la désintégration de noyaux d'atomes, de radioactivité, autres cas fortuits ou de force majeure.

10. DISPOSITIONS DIVERSES GENERALES

10.1 PRISE D'EFFET

Les garanties de base prennent effet à compter de la délivrance de la Licence lorsque l'Assuré a choisi d'adhérer au Contrat d'assurance.

Les **garanties complémentaires** prennent effet au jour de l'adhésion à ces dernières en suivant le processus d'adhésion sur le site : <https://connexion.marsh.com/client/optionslicencieffhb>.

L'adhésion est à durée ferme.

10.2 DROIT DE RENONCIATION

En application de l'article L.112-2-1 du Code des assurances, lorsque l'adhésion au Contrat d'assurance a été souscrite via un système de vente à distance, l'Assuré bénéficie, d'un délai de 14 jours pour renoncer à son adhésion, sans avoir à justifier de motif.

Pour exercer ce droit, l'adhérent peut utiliser le modèle de lettre ci-dessous en adressant sa demande à assurances.handball@marsh.com:

Je soussigné (nom, prénom), demeurant (adresse complète), déclare renoncer à mon adhésion au contrat Assurance numéro FRPO000009, souscrit le (date du certificat d'adhésion), par l'intermédiaire de FFHB, conformément à l'article L.112-2-1 du Code des assurances.

10.3 PAIEMENT DE COTISATION

Le montant de la cotisation est précisé sur le site de la FFHB lors de l'adhésion. La cotisation est due au jour de l'adhésion. La cotisation est forfaitaire et n'est pas remboursable, quelle que soit la durée de la Licence sauf dans le cas de l'exercice du droit de renonciation (article L.112-2-1 du Code des assurances).

A défaut de paiement de la cotisation dans les 10 jours suivant le jour de l'adhésion au Contrat d'assurance, le Souscripteur adresse à l'adhérent une lettre recommandée de mise en demeure l'informant qu'au terme d'un délai de 40 jours à compter de l'envoi, celui-ci sera exclu du bénéfice du Contrat d'assurance (L. 141-3 du Code des assurances).

10.4 EXCLUSION DE L'ASSURE

L'Assuré peut être exclu du bénéfice du Contrat d'assurance par le Souscripteur si le lien qui les unit est rompu ou si l'adhérent cesse de payer sa cotisation (voir ci-dessus).

10.5 OBLIGATION DU SOUSCRIPTEUR VIS A VIS DES ASSURES

Il appartient au Souscripteur conformément à l'article L141-4 du Code des assurances :

- de fournir à chaque Assuré la présente Notice d'information
- d'informer par écrit les Assurés des modifications apportées à leurs droits et obligations, trois mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur.

10.6 DECLARATION DU RISQUE

10.6.1 OBLIGATIONS DE L'ASSURE

L'Assuré doit répondre exactement aux questions posées lors de l'adhésion au Contrat d'assurance, sur les circonstances qui sont de nature à faire apprécier par l'Assureur les risques qu'il prend en charge (Art. L 113-2 du Code des assurances).

10.6.2 SANCTIONS EN CAS DE FAUSSES DECLARATIONS

- **Sanction en cas de fausse déclaration intentionnelle**

Toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré portant sur les éléments constitutifs du risque à l'adhésion ou en cours de contrat, est sanctionnée même si elle a été sans influence sur le Sinistre, par la nullité de l'adhésion.

- **Sanction en cas de fausse déclaration non intentionnelle**

En cas d'omission, réticence, fausse déclaration non intentionnelle dans la déclaration du risque, par l'Assuré constatée avant tout Sinistre, l'Assureur a le droit de résilier l'adhésion concernée dix jours après notification par lettre recommandée.

En cas d'omission, réticence, fausse déclaration non intentionnelle, constatée après Sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des cotisations payées par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

10.7 DECLARATION DES AUTRES ASSURANCES – ADHESIONS MULTIPLES

Selon les dispositions de L. 121-4 du Code des assurances :

« Celui qui est assuré auprès de plusieurs assureurs par plusieurs polices, pour un même intérêt, contre un même risque, doit donner immédiatement à chaque assureur connaissance des autres assureurs.

L'assuré doit, lors de cette communication, faire connaître le nom de l'assureur avec lequel une autre assurance a été contractée et indiquer la somme assurée.

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, 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, 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.

Dans les rapports entre assureurs, la contribution de chacun d'eux est déterminée en appliquant au montant du dommage le rapport existant entre l'indemnité qu'il aurait versée s'il avait été seul et le montant cumulé des indemnités qui auraient été à la charge de chaque assureur s'il avait été seul. »

10.8 PRESCRIPTION

Les dispositions du Code des assurances et du Code civil concernant la prescription sont reproduites ci-après :

Article L. 114-1 du Code des assurances :

« Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Par exception, les actions dérivant d'un contrat d'assurance relatives à des dommages résultant de mouvements de terrain consécutifs à la sécheresse-réhydratation des sols, reconnus comme une catastrophe naturelle dans les conditions prévues à l'article L. 125-1, sont prescrites par cinq ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé. Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré ».

Article L. 114-2 du Code des assurances

« La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »

Article L. 114-3 du Code des assurances

« Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci. »

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L. 114-2 du Code des assurances sont énoncées aux articles 2240 à 2246 du Code Civil reproduits ci-après :

Article 2240

« La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription. »

Article 2241

« La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure. »

Article 2242

« L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance ».

Article 2243

« L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée ».

Article 2244

« Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée ».

Article 2245

« L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers ».

Article 2246

« L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution ».

10.9 ELECTION DE DOMICILE

L'Assureur élit domicile à l'adresse de sa succursale en France : Succursale pour la France Tour CBX 1 Passerelle des reflets 92400 Courbevoie.

10.10 PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

En qualité de responsable de traitement au titre du Règlement Européen 2016/679 sur la protection des données à caractère personnel, l'Assureur s'engage à protéger les données à caractère personnel de ses clients, assurés et partenaires conformément audit règlement. Les données à caractère personnel recueillies par l'Assureur sont collectées aux fins de permettre (de manière automatisée ou non) la souscription ainsi que la gestion des contrats d'assurances et des sinistres. L'Assureur peut également utiliser les données à caractère personnel recueillies dans le cadre de la prévention de la criminalité (en particulier en matière de lutte contre la fraude et le blanchiment d'argent). L'Assureur peut communiquer les données à caractère personnel aux sociétés de son groupe, à des prestataires de services ainsi qu'à d'autres tiers à ces mêmes fins. Les données à caractère personnel peuvent être transférées à l'étranger, y compris vers des pays qui ne font pas partie de l'Espace Economique Européen. Ces transferts sont encadrés par des garanties appropriées, notamment contractuelles, conformément à la réglementation européenne applicable. Les personnes concernées disposent de certains droits relatifs à leurs données à caractère personnel et en particulier des droits d'accès, de rectification, de limitation à l'utilisation, d'opposition, d'effacement ou de portabilité. Par ailleurs, dans le cadre des prestations d'assistance, afin de contrôler la qualité des services rendus et de fournir lesdites prestations, les conversations téléphoniques entre les Assurés et les services de l'Assisteur, agissant pour le compte de l'Assureur, peuvent être enregistrées. Les données nominatives qui seront recueillies lors cet appel sont indispensables à la mise en œuvre des prestations d'assistance. Des informations complémentaires sur l'utilisation des données à caractère personnel par l'Assureur et sur les droits des personnes concernées sont disponibles sur <http://www.aigassurance.fr/protection-des-donnees-personnelles>. Toute personne concernée peut exercer ses droits en écrivant à : AIG Service Conformité, Tour CBX- 1 Passerelle des Reflets, CS 60234, 92913 Paris La Défense Cedex ou par e-mail à donneespersonnelles.fr@aig.com. Un exemplaire de la Politique de protection des données à caractère personnel de l'Assureur peut être obtenu en écrivant comme indiqué ci-dessus.

10.11 LANGUE APPLICABLE AU CONTRAT

La langue française est utilisée pour le Contrat d'assurance.

10.12 DROIT APPLICABLE ET JURIDICTION

Le Contrat d'assurance est régi par le droit français. Les parties contractantes déclarent se soumettre à la juridiction des tribunaux français et renoncent à toute procédure dans tout autre pays.

10.13 SUBROGATION

Conformément aux dispositions de l'article L.121-12 du Code des assurances, l'Assureur et l'Assisteur sont subrogés, jusqu'à concurrence de l'indemnité ou des frais versés ou engagés, dans les droits et actions de l'Assuré à l'égard des Tiers. L'Assureur ne peut exercer son droit à subrogation à l'encontre des enfants, descendants, ascendants, préposés de l'Assuré, ainsi qu'à toute personne vivant habituellement à son foyer sauf en cas de malveillance de ces derniers.

L'Assureur peut être déchargé en tout ou partie de sa responsabilité envers l'Assuré, quand la subrogation ne peut plus, par le fait de l'Assuré s'opérer en faveur de l'Assureur.

De même, lorsque la totalité ou une partie des indemnités en exécution des garanties du Contrat d'assurance est couverte totalement ou partiellement par un organisme d'assurance maladie, la Sécurité Sociale ou tout organisme de santé complémentaire ou de prévoyance, l'Assisteur et l'Assureur sont subrogés dans les droits et actions de l'Assuré envers les tiers payeurs.

10.14 RECLAMATION

En cas d'insatisfaction relative à l'adhésion ou la gestion d'un Sinistre, l'Assuré ou le Bénéficiaire doit adresser sa réclamation au Service réclamations de MARSH à l'adresse suivante : qualite.france@marsh.com

La demande devra indiquer le numéro du contrat FRPO000009.

Le Service Réclamations de MARSH s'engage à accuser réception dans les 10 (dix) jours et à apporter une réponse au plus tard dans les 30 (trente) jours suivant la date d'envoi de cette première réclamation (sauf circonstances particulières dont l'Assuré, ou le Bénéficiaire sera alors tenu informé).

En cas de rejet ou de refus de faire droit en tout ou en partie à la réclamation par Service Réclamations de MARSH, l'Assuré ou le Bénéficiaire peut élever sa réclamation au niveau de la succursale française de AIG en écrivant par email à declarations.pa@aig.com

La succursale française de AIG s'engage à accuser réception dans les 10 (dix) jours ouvrables et à apporter une réponse au plus tard dans les 30 (trente) jours suivant la date d'envoi de la réclamation (sauf circonstances particulières dont l'Assuré ou le Bénéficiaire sera alors tenu informé).

Lorsque le désaccord persiste après la réponse apportée le réclamant peut saisir le Médiateur de l'Assurance français par courrier à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance, TSA 50110, 75441 Paris Cedex 09, ou en remplissant le formulaire en ligne disponible sur le site www.mediation-assurance.org.

AIG Europe SA étant une compagnie d'assurance luxembourgeoise, la personne physique concernée peut également, si le désaccord persiste après la réponse apportée par la succursale française de l'Assureur ou en l'absence de réponse passé un délai de 90 jours :

- élever la réclamation au niveau du siège social de l'Assureur en écrivant à aigueurope.luxcomplaints@aig.com;
- saisir l'un des organismes de médiation Luxembourgeois dont les coordonnées figurent sur le site internet du siège de l'Assureur à l'adresse suivante <http://aig.lu> ; ou
- présenter un recours extra judiciaire devant le Commissariat Aux Assurances luxembourgeois (CAA), soit par voie postale à l'adresse du CAA, 11, rue Robert Stumper, L-2557 Luxembourg, soit par télécopie adressée au CAA au +352 22 69 10, soit par email en écrivant à reclamation@caa.lu, soit en ligne sur le site internet du CAA <http://www.caa.lu>.

Aucun des recours amiables visés ci-dessus ne saurait porter préjudice au droit de la personne concernée à intenter une action en justice.

La politique de AIG en matière de satisfaction client est disponible sur son site à l'adresse suivante : <http://www.aig.com>

Si le contrat a été souscrit par internet, la personne concernée a également la possibilité d'utiliser la plateforme de Résolution des Litiges en Ligne (RLL) de la Commission Européenne à l'adresse suivant : <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>

10.15 AUTORITE DE CONTROLE DE L'ASSUREUR

AIG Europe SA est agréée par le Ministère Luxembourgeois des Finances et contrôlée par le Commissariat aux Assurances 11, rue Robert Stumper, L-2557 Luxembourg, GD de Luxembourg, Tel.: (+352) 22 69 11 - 1, caa@caa.lu, <http://www.caa.lu/>. Le rapport annuel sur la solvabilité et la situation financière d'AIG Europe SA est disponible sur le site <http://www.aig.lu/>. La commercialisation de contrats d'assurance en France par la succursale française d'AIG Europe SA est soumise à la réglementation française applicable, sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09. <https://acpr.banque-france.fr/>.

10.16 SANCTIONS INTERNATIONALES

Conformément à l'article 6 du Code civil, il est rappelé qu'aucune des garanties du présent contrat ne peut s'appliquer dès lors qu'elle aurait pour objet un risque dont l'assurabilité serait contraire à l'ordre public, ou lorsqu'une interdiction de fournir un contrat ou un service d'assurance s'impose à l'Assureur à raison d'une mesure de sanction, de restriction, de prohibition ou d'embargo prescrites par les lois ou règlements de tout Etat ou par toute décision de l'Organisation des Nations Unies ou de l'Union européenne ou du Grand-Duché du Luxembourg ou des Etats-Unis d'Amérique.

FIN DE DOCUMENT