

GUIDE ASSURANCE DES EQUIPES DE FRANCE FFHANDBALL

SAISON 2023 – 2024



VOTRE CONTACT « ASSURANCE »

Coordonnées de votre assureur :

MMA - COSNE COURS SUR LOIRE
19, Square Gambon - BP 114
58200 COSNE COURS SUR LOIRE

Pour tous renseignements :

Suivi du contrat :
Pascal BILLET
Tel : 03.86.28.20.74
assurances.handball@mma.fr

Suivi des dossiers accident :
Tel : 03.88.11.70.08
Tel : 03.88.11.70.21

Site internet de la FFHB :

Accédez à la plateforme assurance depuis la page d'Accueil :
[FF Handball – Accueil](#) / Via la rubrique : **VIE DU HAND/JOUER**



Connectez-vous via « **S'assurer** » et laissez-vous guider

<https://assurances.ffhandball.fr>

SOMMAIRE

1. PREAMBULE.....	4
2. LES GARANTIES FFHB EN CAS D'ACCIDENTS CORPORELS	4
2.1 LES GARANTIES DITES « DE BASE » DU CONTRAT N° 114 246 500	4
2.2 LES GARANTIES COMPLEMENTAIRES OPTIONNELLES DU CONTRAT N° 114 246 501 ..	4
2.3 LES GARANTIES DU CONTRAT DES EQUIPES DE FRANCE N° 114 246 502.....	5
2.4 ARTICULATION DES DIFFERENTS CONTRATS	5
3. LES GARANTIES DU CONTRAT «EQUIPES DE FRANCE A ».....	6
3.1 PERSONNES ASSUREES :	6
3.2 ACTIVITES ASSUREES :	6
3.3 DEFINITIONS DES GARANTIES ACCORDEES	6
3.4 PRINCIPALES EXCLUSIONS :	11
3.5 TABLEAUX DES GARANTIES.....	13
4. ILLUSTRATION DE LA COMBINAISON DES DIFFERENTS CONTRATS	14
4.1 EN CAS DE DECES	14
4.2 EN CAS D'INVALIDITE PERMANENTE ENTRAINANT PERTE DE LICENCE	15
5. FICHES PRATIQUES.....	16
BULLETIN DE DESIGNATION DU(ES) BENEFICIAIRE(S) EN CAS DE DECES.....	20

1. PREAMBULE

La Fédération Française de Handball a souscrit un contrat collectif d'assurance auprès de l'assureur MMA, conformément à l'article L 321-5 du Code du Sport.

Aussi, conformément à l'article L 321-1 du Code du sport, ce contrat n° 114 246 500 couvre en responsabilité civile l'ensemble des licenciés y compris les joueurs et joueuses internationaux à l'occasion de leurs activités en sélection nationale (entraînements, compétitions, déplacements,...).

De plus, en réponse à son obligation en matière d'information des licenciés sur les dommages corporels auxquels leur pratique sportive peut les exposer (Articles L.321-4 et L321-6 du Code du sport), la Fédération Française de Handball propose en option des garanties complémentaires en cas d'accidents corporels (contrat 114 246 501).

Parallèlement à ces deux contrats, la Fédération Française de Handball a conclu un contrat spécifique pour les joueurs et joueuses internationaux y compris jeunes sous contrat, staffs de toutes les équipes de France de Handball et de Beach Hand pour l'assurance des accidents corporels et une assistance aux personnes à l'occasion des déplacements. Ce contrat porte le n° 114 246 502.

2. LES GARANTIES FFHB EN CAS D'ACCIDENTS CORPORELS

2.1 LES GARANTIES DITES « DE BASE » DU CONTRAT N° 114 246 500

Les garanties en cas d'accident corporel du contrat 114 246 500 sont accordées à l'ensemble des licenciés (à l'exception de ceux ayant renoncé aux garanties au moment de la prise de licence).

Pour connaître le montant des garanties de base accordées avec la licence → Consulter le « Guide assurances des clubs FFHANDBALL.

2.2 LES GARANTIES COMPLEMENTAIRES OPTIONNELLES DU CONTRAT N° 114 246 501

Au travers des options proposées par le contrat 114 246 501, le licencié a la faculté de compléter les garanties dites « de base » prévues dans sa licence (si ce dernier n'y a pas renoncé au moment de la prise de licence). Si elles sont souscrites par le licencié, ces garanties complémentaires optionnelles se cumulent aux garanties de base.

A noter que :

- Les **joueurs / joueuses** des équipes de **France jeunes** sans contrat convoqués en regroupements, stages ou matchs, bénéficient des garanties complémentaires de l'option 2 du contrat 114 246 501 qui ont été souscrites par la Fédération.
- Pour les **joueurs / joueuses** des équipes de **France A de Handball ou de Beach Handball**, les jeunes sous contrat, les staffs de toutes les équipes de France (Handball & Beach handball) convoqués en regroupements, stages ou matchs, la Fédération a souscrit un contrat spécifique pour couvrir les accidents corporels. Toutefois, ces joueurs et joueuses peuvent toujours souscrire, à titre individuel ces options complémentaires.

Les montants de garanties accordés par ces différents contrats sont cumulatifs.

Pour connaître le montant des garanties accordées par ces options complémentaires → Consulter le « Guide assurances des clubs FFHANDBALL

2.3 LES GARANTIES DU CONTRAT DES EQUIPES DE FRANCE N° 114 246 502

Le contrat 114 246 502 souscrit par la FFHB pour les joueurs et joueuses des Equipes de France A (Handball et Beach Handball), les jeunes sous contrat, les staffs de toutes les équipes de France de Handball ou de Beach Handball prévoit des garanties en cas accidents corporels et une assistance aux personnes en cas d'accident survenu au cours d'un déplacement.

Outre les garanties Décès, Invalidité entraînant une perte de licence ou frais médicaux qui se cumulent avec les montants accordés au titre du contrat de base, ce contrat spécifique prévoit le versement d'indemnités journalières lorsqu'une blessure ou une maladie survenue lors de regroupements, stages ou matchs des équipes de France entraîne une perte de revenu à la suite d'un arrêt de travail.

Important :

Compte-tenu des obligations faites aux « clubs employeurs » par la Convention Collective Nationale du Sport et par l'accord sectoriel LNH en matière de maintien du salaire, ces indemnités journalières sont versées directement aux clubs, après déduction des prestations versées par un régime obligatoire (Sécurité Sociale en France et autre régime social local pour les joueurs évoluant dans un club étranger) et tout autre régime de prévoyance souscrit par le club ou le joueur.

Les joueurs et joueuses des équipes de France jeunes masculines et féminines bénéficieront de ces indemnités journalières dans l'hypothèse où ils seraient salariés.

Les staffs bénéficieront de ces indemnités journalières lors d'une perte de revenu à la suite d'un arrêt de travail.

2.4 ARTICULATION DES DIFFERENTS CONTRATS

Garanties		Equipes de France A (masculine et féminine) et Equipes de France Jeunes « sous contrat »	Equipes de France Jeunes « sans contrat »
Responsabilité Civile & défense pénale et recours		Licence FFHB Contrat de base n°114 246 500	
Accidents Corporels	Décès	Licence FFHB + Garantie spécifique Equipes de France Contrat de base n°114 246 500 / 114 246 502	Licence FFHB + Garantie complémentaire Option 2 Contrat de base n°114 246 500 / 114 246 501
	Invalidité permanente	Licence FFHB Contrat de base n°114 246 500/501	Licence FFHB Contrat de base n°114 246 500/501
	Invalidité permanente entraînant perte de licence	Licence FFHB + Garantie spécifique Equipes de France 114 246 502	Néant
	Frais de rapatriement	Licence FFHB + Garantie spécifique Equipes de France Contrat de base n°114 246 500 / 114 246 502	Licence FFHB Contrat de base n°114 246 500
	Frais de recherches / secours / Frais de transport	Licence FFHB Contrat dit de base n°114 246 500	
	Frais médicaux et remboursement de soins	Licence FFHB + Garantie spécifique Equipes de France Contrat de base n°114 246 500 / 114 246 502	Licence FFHB + Garantie complémentaire Option 2 Contrat de base n°114 246 500 / 114 246 501
	Incapacité temporaire Indemnités Journalières	Garantie spécifique Equipes de France (sous conditions de revenus pour les jeunes) Contrat n°114 246 502	Licence FFHB + Garanties complémentaires Option 2 Contrat de base n° 114 245 501
Assistance Voyages		Licence FFHB + Garantie spécifique Equipes de France Contrat de base n°114 246 500 / 114 246 502	Licence FFHB Contrat dit de base n°114 246 500

3. LES GARANTIES DU CONTRAT «EQUIPES DE FRANCE A »

3.1 PERSONNES ASSUREES :

- Les joueurs et les joueuses évoluant dans le cadre des sélections nationales de la Fédération Française de Handball en équipe de France A masculine et féminine.
- Les membres du staff des équipes nationales dans le cadre de leur activité pour le compte de la Fédération Française de Handball.
- Les jeunes sous contrats professionnels ou contrats stagiaires évoluant dans le cadre des équipes de France (regroupement, stage ou match)

3.2 ACTIVITES ASSUREES :

Toutes les activités pratiquées dans le cadre de la sélection nationale (Handball ou Beach Handball) de la Fédération Française de Handball dont l'assuré fait partie (la garantie du contrat étant acquise pendant toute la durée ou l'assuré est placé sous l'autorité de la FFHB).

Restent exclues les activités suivantes :

- pratique de sports comportant l'utilisation d'un véhicule terrestre à moteur,
- pratique de sports aériens (deltaplane, parachutisme, planeur, parapente, sauts à l'élastique),
- participation à des compétitions aériennes, démonstrations acrobatiques, tentatives de record, vols d'essai ou vols sur prototypes,
- pratique du pilotage d'appareil de navigation aérienne ;

3.3 DEFINITIONS DES GARANTIES ACCORDEES

3.3.1 En cas d'accident corporel

DECES

Définition de la garantie :

Si l'assuré décède des suites d'un accident y compris d'origine vasculaire, cette assurance garantit le paiement du capital fixé au tableau des garanties. La garantie n'est acquise que si le décès intervient dans un délai de 24 mois à dater du jour de l'accident.

Montant de la prestation :

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

Bénéficiaire :

Pour la part du capital revenant au joueur assuré :

Il appartient à l'international(e) ou au membre du staff de désigner un ou plusieurs bénéficiaire(s) particulier(s) en remplissant les imprimés prévus à cet effet (voir en annexe).

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

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

Pour la part du capital revenant au club du joueur assuré :

La part restante est versée au club français employeur de l'assuré à la date du décès (voir montant au tableau des garanties).

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

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

INVALIDITE PERMANENTE ENTRAÎNANT UNE PERTE DE LICENCE :

Définition de la garantie :

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

Reconnaissance de l'état d'invalidité permanente :

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

Détermination de l'invalidité entraînant perte de licence :

L'invalidité permanente est déterminée par expertise médicale réalisée en France.

Cette invalidité doit mettre l'assuré dans l'impossibilité définitive :

- d'exercer son activité de joueur professionnel,
- et de joueur dans tout club participant à un championnat professionnel, quel que soit le pays,
- et de percevoir, sous quelque forme que ce soit, une rémunération mensuelle fixée ou un salaire, en contre partie de son activité de joueur.

Montant de la prestation :

L'invalidité permanente entraînant une perte de licence entraîne le versement d'un capital dont le montant est fixé au tableau des garanties.

Bénéficiaire :

Pour la part du capital revenant au joueur assuré :

Sauf disposition contraire prévue, le capital est versé au joueur assuré

Pour la part du capital revenant au club du joueur assuré :

La part restante est versée au club français employeur de l'assuré à la date du décès (voir montant au tableau des garanties).

INVALIDITE PERMANENTE (pour les membres du staff) :

En cas d'invalidité permanente immédiate ou survenue dans un délai de 2 ans à compter du jour de l'accident, l'assureur verse au licencié assuré le capital fixé en cas d'invalidité permanente totale, ou une fraction du capital proportionnelle au taux d'invalidité retenu en cas d'invalidité permanente partielle.

Le barème d'invalidité retenu au titre du contrat est le barème « Concours médical ».

▪ Franchise :

Il est fait application d'une franchise relative de 4 %. Toutes les invalidités dont le taux est inférieur ou égal à 4 % ne donnent lieu à aucune indemnité. Par contre, au-delà de 4% il n'est pas fait application de la franchise.

▪ Montant de la prestation :

L'invalidité permanente entraîne le versement d'un capital soit dès lors qu'elle est reconnue, soit dès lors que son taux excède celui de la franchise prévue ci-dessus.

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

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

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

INCAPACITE TEMPORAIRE :

A) Application de cette garantie pour les joueurs / joueuses des équipes de France :

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

Montant de la prestation :

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

Les indemnités journalières sont versées en tenant compte uniquement de l'incapacité du joueur ou de la joueuse à pratiquer l'activité Handball et donc seule la rémunération liée à l'activité Handball est prise en considération.

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

Le montant de l'indemnité journalière est calculé sur la base du salaire net déclaré à la CNACG ou CNCG pour les joueurs et les joueuses évoluant en championnat de France, et sur la base du salaire net pour celles et ceux évoluant dans un championnat étranger. Dans les deux cas, la référence salariale mensuelle est plafonnée à 30 000 €.

L'indemnisation par l'assureur ne pourra être supérieure au salaire net (diminué des prestations de Sécurité Sociale et/ou de tout autre organisme social et/ou tout contrat d'assurance). Tout préjudice financier devra être justifié (bulletin de paie...).

Si le médecin délivre un certificat d'arrêt d'activité à mi-temps, cette assurance garantit le paiement de la moitié de l'indemnité journalière prévue.

Versement des indemnités journalières en cumul des contrats EHF / IHF :

Dans le cadre des compétitions organisées sous l'égide de l'EHF¹ ou de l'IHF², les joueurs assurés par le présent contrat bénéficient d'une assurance en cas d'incapacité temporaire totale (indemnités journalières) souscrite par ces deux entités auprès d'un autre assureur.

Par conséquent, d'un commun accord entre la FFHB, souscripteur du contrat et MMA, l'assureur, il est convenu que les indemnités journalières garanties au titre du présent contrat n° 114 246 502 seront versées au bénéficiaire (club employeur) qu'après intervention des contrats d'assurances de l'EHF ou de l'IHF et des régimes sociaux et prévoyance sur le restant à charge.

Il n'est pas dérogé aux autres termes de la clause.

¹ *European Handball Fédération*

² *International Handball Fédération*

Point de départ du service de la prestation :

Tout état d'incapacité temporaire donne droit au versement d'une indemnité journalière dès le premier jour d'arrêt.

Durée de paiement de la prestation :

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

Bénéficiaire :

Les indemnités journalières sont versées au club employeur de l'assuré victime de l'accident.

B) Application de cette garantie pour les membres du staff des équipes de France :

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

Montant de la prestation :

Le montant de l'indemnité journalière garantie est précisé dans le tableau de garanties. Si le médecin délivre un certificat d'arrêt d'activité à mi-temps, cette assurance garantit le paiement de la moitié de l'indemnité journalière prévue dans le tableau de garantie. Toutefois, l'indemnisation ne peut dépasser la perte des revenus professionnels.

La perte des revenus professionnels est égale à la différence entre la perte de salaire attestée par l'employeur et le montant du décompte des prestations en espèces versées par le régime social.

Point de départ du service de la prestation :

Tout état d'incapacité temporaire donne droit au versement d'une indemnité journalière dès le premier jour d'arrêt.

Durée de paiement de la prestation :

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

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

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

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

Bénéficiaire :

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

REMBOURSEMENT DE SOINS :

Définition de la garantie :

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

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

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

Conditions de remboursement :

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

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

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

Base et montant de remboursement :

Le montant de garantie est fixé au tableau des garanties.

Du montant des frais médicaux est déduite la prestation servie par le régime de prévoyance dont dépend l'assuré victime de l'accident.

Transport de l'assuré :

Sont remboursés :

- Les frais de transport de l'assuré accidenté effectué d'urgence ou sur l'ordre du médecin traitant,
- Les frais de transport exposés à l'occasion des consultations, examens radiologiques et traitements spéciaux

Le remboursement est calculé sur la base :

- du moyen de transport le plus économique compatible avec l'état médical de l'assuré sans pouvoir excéder, si le transport est effectué par un véhicule privé, le double du prix du billet de chemin de fer en 2^{ème} classe,
- de la distance entre le lieu de l'accident et de l'établissement de soins le plus proche du lieu de l'accident, ou du domicile de l'assuré,
- de la distance aller-retour entre la résidence habituelle de l'assuré au cabinet du praticien ou de l'établissement de soins le plus proche compte tenu de la nature du traitement,

Durée de la garantie : 3 mois « calendaires » maximum à compter du 1er jour d'application de la garantie.

FRAIS DE RAPATRIEMENT (sans franchise kilométrique) :

Lorsque le rapatriement est, après avis médical, organisé par le Club, cette assurance garantit à concurrence du montant fixé, le remboursement des frais de rapatriement d'un licencié assuré, du lieu de sinistre à celui de l'établissement hospitalier le plus proche du domicile de l'assuré ou au domicile de l'assuré en cas :

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

3.3.2 Sur le volet « Assistance voyage »

Cette garantie intervient en cas d'ACCIDENT GRAVE ou MALADIE GRAVE survenu en dehors de la résidence habituelle du licencié nécessitant, APRES AVIS MEDICAL, l'intervention d'un assistant spécialisé.

(VOIR LES CONSIGNES A RESPECTER AU CHAPITRE « FICHES PRATIQUES : ASSISTANCE VOYAGE »)

3.4 PRINCIPALES EXCLUSIONS :

Assurance des accidents corporels :

Sont exclus,

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

Assurance assistance voyage :

Sont exclus, les accidents subis par l'assuré et résultant :

- de l'usage de drogues, stupéfiants, tranquillisants non prescrits médicalement,
- de suicide et de tentative de suicide de l'assuré, que celui-ci ait eu ou non conscience des conséquences de son acte,
- de la pratique de sports comportant l'utilisation d'un véhicule terrestre à moteur,
- de la pratique de sports aériens (deltaplane, parachutisme, planeur, parapente, sauts à l'élastique),
- de la participation à des compétitions aériennes, démonstrations acrobatiques, tentatives de record, vols d'essai ou vols sur prototypes,
- de la pratique du pilotage d'appareil de navigation aérienne ;
- les accidents ou maladies survenus avant la prise d'effet de la garantie ;

3.5 TABLEAUX DES GARANTIES

3.5.1 Assurance des accidents corporels

LES GARANTIES « EQUIPES DE FRANCE »		
NATURE DES GARANTIES	MONTANT DES GARANTIES	MONTANT DES FRANCHISES
DECES <ul style="list-style-type: none"> Pour les joueurs et joueuses 	404 000 EUR* (1) ramené à 104.000 pour les joueurs licenciés à l'étranger (1) (2) <i>*dont 300.000 € sont versés au club français employeur de l'assuré à la date du décès</i>	
<ul style="list-style-type: none"> Pour les membres des staffs 	150 000 EUR (1)	
INVALIDITE PERMANENTE ENTRAINANT LA PERTE DE LICENCE <ul style="list-style-type: none"> Pour les joueurs et joueuses 	440 000€* EUR ramené à 140.000 pour les joueurs licenciés à l'étranger (1) <i>*dont 300.000 € sont versés au club français employeur de l'assuré à la date du décès</i>	Néant
INVALIDITE PERMANENTE <ul style="list-style-type: none"> Pour les membres des staffs 	300 000 EUR (1)	Franchise relative de 4%
INCAPACITE TEMPORAIRE (INDEMNITES JOURNALIERES) <ul style="list-style-type: none"> Pour les joueurs et joueuses 	A concurrence de 1 000 € / jour avec un maximum de 365 jours	Néant
<ul style="list-style-type: none"> Pour les membres des staffs 	A concurrence de 100 € / jour avec un maximum de 365 jours	Néant
REMBOURSEMENT DE SOINS (sous déduction des prestations éventuelles d'un régime de prévoyance dans la limite des frais réels)	Frais réels à concurrence de 20.000€ (3)	Néant
FRAIS DE RAPATRIEMENT	10 000 EUR	

1) Le montant maximum de la garantie sera limité à 10.000.000 € en cas de sinistre collectif

2) Le capital est réparti entre le(s) bénéficiaire(s) désigné(s) par le joueur ou la joueuse assuré(e) (ou à défaut de désignation, selon l'article 3-C des Conventions spéciales assurance des accidents corporels) et le club français avec lequel il (elle) est sous contrat à la date du décès.

3) Garantie accordée en complément des prestations versées par un régime obligatoire et tout autre régime de prévoyance collective ou, dès le premier euro, si l'assuré n'est pas affilié à un régime. Seules sont prises en charge les dépenses de santé normalement couvertes par le régime Sécurité Sociale Français.

3.5.2 Assurance assistance voyages

NATURE DES GARANTIES ET PRESTATIONS	MONTANT DES GARANTIES	MONTANT DES FRANCHISES
ASSISTANCE VOYAGES EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE (sans franchise kilométrique, durée maximum = 90 jours consécutifs) <ul style="list-style-type: none"> Frais de transport de l'assuré blessé ou malade Soins médicaux à l'étranger frais de soins y compris envoi de médicaments et soins dentaires Prolongation de séjour avant rapatriement - frais d'hôtel - frais de transport retour Rapatriement ou transport sanitaire Retour prématuré Transport et rapatriement du corps Retour des autres personnes Transport d'un membre de la famille - frais d'hôtel Caution pénale Assistance juridique à l'étranger Avance de fonds à l'étranger 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 	Frais réels	NEANT
	100 000 EUR (1)	NEANT
	80 EUR / nuit maximum 10 nuits	
	Frais réels	
	Frais réels	
	Frais réels	
	Frais réels	
	Frais réels	
	80 EUR / jour maximum 10 nuits	
	15 000 EUR	
	1 500 EUR	
	500 EUR GARANTI GARANTI GARANTI GARANTI Billet A/R (train ou avion) GARANTI	

* La garantie est limitée à 10.000 € pour les joueurs évoluant dans un championnat étranger dès lors que ces soins sont effectués en France.

4. ILLUSTRATION DE LA COMBINAISON DES DIFFERENTS CONTRATS

Ce chapitre a pour objet de présenter l'articulation des différents contrats dont les joueurs ou joueuses bénéficient.

4.1 EN CAS DE DECES

En cas de décès immédiat ou survenu dans un délai de **2 ans** à compter du jour de l'évènement assuré, l'assureur verse un capital calculé comme suit :

- Pour les joueurs et joueuses des équipes de France A et des joueurs(ses) sous contrat en EDF Jeunes:
 - ✓ Joueurs évoluant en France : 419 000 € (15.000 € au titre du contrat de base et 404 000 € au titre du contrat équipes nationales)

Répartition du capital versé :

 - 119.000 € au bénéficiaire du joueur assuré
 - 300.000 € au club employeur du joueur.
- ✓ Joueurs évoluant à l'étranger : 119.000 € (15.000 € au titre du contrat de base et 104.000 € au titre du contrat équipes nationales)

Répartition du capital versé :

- 119.000 € au bénéficiaire du joueur assuré
- Aucune indemnisation pour le club employeur du joueur car club étranger.

A noter qu'à ces capitaux pourra venir s'ajouter les capitaux des éventuelles garanties souscrites au titre du contrat complémentaire n°114 246 501.

4.2 EN CAS D'INVALIDITE PERMANENTE ENTRAINANT PERTE DE LICENCE

L'assureur verse un capital calculé en tenant compte du % d'invalidité validé par les instances médicales.

- Pour les joueurs et joueuses des Equipes de France A masculine et féminine et des joueurs(ses) sous contrat en EDF Jeunes :

- ✓ Joueurs évoluant en France : 500 000 € (60.000 € au titre du contrat de base et 440 000 € au titre du contrat équipes nationales)

Répartition du capital versé :

- 200.000 € au joueur assuré
- 300.000 € au club employeur du joueur.

- ✓ Joueurs évoluant à l'étranger : 200.000 € (60.000 € au titre du contrat de base et 140.000 € au titre du contrat équipes nationales)

Répartition du capital versé :

- 200.000 € au joueur assuré

A tous ses exemples doit être appliqué le % d'invalidité.

A noter qu'à ces capitaux pourra venir s'ajouter les capitaux des éventuelles garanties souscrites au titre du contrat complémentaire n°114 246 501.

5. FICHES PRATIQUES

FICHE PRATIQUE : COMMENT SOUSCRIRE AUX OPTIONS ?

LA SOUSCRIPTION DES OPTIONS

Chaque licencié a la possibilité de souscrire des options facultatives complémentaires pour majorer les capitaux prévus dans sa licence de base. La FFHB garante de la sécurité de ses licenciés propose 3 niveaux de garanties différents qui s'additionnent aux garanties de base du contrat n° 114 246 500.

Depuis le 01/07/2016, **l'ensemble des bulletins** de souscriptions pour les options présentées dans ce guide **sont disponibles en téléchargement**.

La souscription des options complémentaires réservées aux licenciés se fait à partir de ces bulletins et le paiement par virement bancaire.

Comment ça marche ?

- 1- Rendez-vous sur le site internet de la FFHB à partir du lien : <http://www.assurances.ffhandball.fr>
- 2- Accédez à la plateforme assurance depuis la page d'Accueil : [FF Handball - Accueil](#)
- 3- Via la rubrique : **VIE DU HAND/JOUER**



- 4- Connectez-vous via « **S'assurer** »,
- 5- Téléchargez et imprimez le bulletin d'assurance,
- 6- Complétez le bulletin puis renvoyez-le accompagné de la copie du virement à l'adresse suivante :

**SARL BILLET GL ASSURANCES
MMA - COSNE COURS SUR LOIRE
19, Square Gambon - BP 114
58200 COSNE COURS SUR LOIRE**

FICHE PRATIQUE : QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE ?

LA DECLARATION D'ACCIDENT EN LIGNE ...

Les bulletins de déclaration de sinistre **sont disponibles en téléchargement** sur la plateforme assurance.

Comment ça marche ?

- 1- Rendez-vous sur le site internet de la FFHB à partir du lien <http://www.assurances.ffhandball.fr>
- 2- Accédez à la plateforme assurance depuis la page d'Accueil : [FF Handball - Accueil](#)
- 3- Via la rubrique : ***VIE DU HAND/JOUER***



- 4-Connectez-vous via « ***S'assurer*** » et accédez à « ***Déclaration de sinistre*** »

FICHE PRATIQUE : ASSISTANCE VOYAGE

**CONSIGNES A RESPECTER EN CAS DE SURVENANCE D'UN EVENEMENT GRAVE
(ACCIDENT OU MALADIE) LORS D'UN DEPLACEMENT**

Ce qu'il ne faut pas faire :

- ✓ Ne refusez pas systématiquement tout soin sur place quelle que soit la qualité supposée de ces soins.
- ✓ Ne préjugez jamais de la gravité d'un accident ou d'une maladie.

Une intervention immédiate pour un cas bénin vaut mieux qu'une intervention a posteriori, suite à une complication. Même si vous pensez que votre cas ne nécessitera pas un transport médicalisé, MMA ASSISTANCE peut intervenir pour un conseil ou une prise en charge de vos frais médicaux sur place.

- ✓ N'organisez pas vous-même une intervention de quelque nature que ce soit sans avoir averti MMA ASSISTANCE.

Toute organisation d'un rapatriement qui n'aura pas reçu l'accord de MMA ASSISTANCE ne sera pas prise en charge financièrement.

Ce qu'il faut faire :

- ✓ Faites appel aux services locaux pour les premiers soins MMA ASSISTANCE ne se substitue pas aux autorités sanitaires pour les interventions de première urgence.

Ensuite appelez (ou faites appeler) :

MMA ASSISTANCE France

Depuis la France : 01 40 25 59 59

Depuis l'étranger : 33 1 40 25 59 59

En indiquant :

- Votre appartenance à une équipe nationale de la FFHANDBALL
- Le numéro de contrat d'assurance **114 246 502**
- Le numéro de protocole..... **100 009**
- Votre adresse en France
- Votre adresse à l'étranger,
- Le numéro de téléphone ou de télex auquel on peut vous joindre (ou celui d'un proche ou accompagnant)

Il faut pouvoir donner toutes les indications permettant au médecin de MMA ASSISTANCE d'entrer en relation avec le médecin qui a prodigué les premiers soins.

FICHE PRATIQUE : SCHEMA DE FONCTIONNEMENT DU CONTRAT « EQUIPES DE FRANCE »

Bénéficiaire des indemnités :

- Indemnités journalières suite à accident / maladie pendant une sélection : le club employeur
- Décès ou invalidité permanente suite à accident pendant une sélection : partage entre le joueur et le club employeur

Garantie	Evolution du joueur	Compétition placée sous l'égide de :				
		CIO	EHF – IHF		Autres	
Indemnité journalière			0 à 90 jours après l'accident / maladie	90 à 1095 jours après l'accident / maladie	0 à 90 jours après l'accident / maladie	90 à 1095 jours après l'accident / maladie
	France	SS et contrat prévoyance du club (après 90 jours) + contrat souscrit par le CNOSF (à vérifier pour les prochains JO). Pas d'intervention MMA	SS + Contrat EHF / IHF + complément par le contrat MMA (après intervention des contrats EHF / IHF)	SS et contrat prévoyance du club + contrat EHF / IHF. Pas d'intervention MMA (sauf en cas d'absence de contrat prévoyance club : intervention MMA pendant 365 jours).	SS et complément par le contrat MMA	SS et contrat prévoyance du club. Pas d'intervention MMA (sauf en cas d'absence de contrat prévoyance club : intervention MMA pendant 365 jours).
	Autre pays	Régime social local + contrat CNOSF. Pas d'intervention MMA	Régime social local + Contrat EHF / IHF + contrat MMA en complément ou à défaut pendant 365 jours (après intervention des contrats d'assurances EHF / IHF)		Régime social local. Intervention du contrat MMA en complément ou à défaut pendant 365 jours	
Décès et Invalidité permanente entraînant une perte de licence	France	Contrat prévoyance du club + contrat CIO. Pas d'intervention MMA	Contrat prévoyance du club + contrat IHF / EHF + contrat MMA		Contrat prévoyance du club + contrat MMA	
	Autres pays	Régime social local + contrat CIO Pas d'intervention MMA	Régime social local + contrat IHF / EHF + contrat MMA		Régime social local + contrat MMA	

Principes généraux : au regard de la convention collective et de l'accord interprofessionnel, le club doit maintenir le salaire pendant 90 jours pour ses joueurs pro, le contrat prévoyance intervient ensuite jusqu'à 1095 jours. Les garanties décès et invalidité mentionnées par la convention collective sont prévues par le contrat prévoyance (cf offre GENERALI par ex). A défaut de souscription de contrat prévoyance conforme aux exigences de la convention collective, c'est le club qui devra assurer le versement des prestations prévues par ladite convention.



ENTREPRISE



CONTRAT ASSURANCE 114 246 502 – EQUIPES DE FRANCE FFHB

BULLETIN DE DESIGNATION DU(ES) BENEFICIAIRE(S) EN CAS DE DECES

PERSONNE ASSUREE :

Je soussigné(e),

Mme / Mlle / M (NOM / Prénom)

Adresse

Code postal Ville Pays

Né(e) le à

déclare avoir pris connaissance des dispositions du contrat n° 114 246 502 souscrit à effet du 01 juillet 2022 pour une durée de 5 ans par la Fédération Française de Handball auprès de MMA pour l'assurance des accidents corporels des membres de ses équipes nationales, dont copies m'ont été remises.

Ainsi, en cas de décès, conformément aux conditions particulières annexées aux conventions spéciales n° 990, le capital décès accordé est réparti au(x) bénéficiaire(s) que je désigne expressément ci-dessous :

NOM(s) / Prénom(s) et date de naissance du(es) bénéficiaire(s)	Part du capital (en % ou en €)
1) né(e) le
2) né(e) le
3) né(e) le
4) né(e) le
5) né(e) le

Important : Si vous souhaitez procéder à un partage du capital entre plusieurs bénéficiaires, veuillez indiquer la répartition souhaitée (en pourcentage % ou en montant en €).

A défaut de désignation expresse (2) ou en cas de prédécès du ou des bénéficiaire(s) désigné(s), le capital est versé au conjoint, ou partenaire de l'assuré lié par un PACS avec l'assuré, ou concubin de l'assuré, à condition que cette personne ne soit pas séparée de l'assuré, à défaut aux enfants et descendants nés ou à naître de l'assuré, à défaut, par parts égales, les enfants de l'assuré, nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut, les héritiers de l'assuré

(2) des exemples de clauses pour la désignation des bénéficiaires sont indiqués ci-après.

Bulletin à renvoyer à : SARL BILLET GL ASSURANCES - 19, Square Gambon - BP 114 58200 COSNE COURS SUR LOIRE

Nb : Ce bulletin est valable à compter de sa date d'émission pour la seule saison sportive en cours qui expirera le 30/06/..... (À compléter). Il devra être renouvelé par écrit l'assuré à chaque nouvelle saison.

Fait à, le

SIGNATURE DE L'ASSURE
(Précédée de la mention « Lu et Approuvé »)

La protection de vos données personnelles est décrite dans les Conditions Générales du contrat d'assurance et l'Annexe Protection de vos données personnelles.



EXEMPLE DE CLAUSES DE DESIGNATION DU(ES) BENEFICIAIRE(S) EN CAS DE DECES

Clause standard :

- Le conjoint, ou partenaire de l'assuré lié par un PACS avec l'assuré, ou concubin de l'assuré, à condition que cette personne ne soit pas séparée de l'assuré, à défaut aux enfants et descendants nés ou à naître de l'assuré, à défaut, par parts égales, les enfants de l'assuré, nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut, les héritiers de l'assuré.

Clause Standard – Assuré mineur ou représenté : cette clause est d'ordre public lorsque l'assuré est un enfant mineur représenté ou un majeur sous tutelle. Il ne peut y être dérogé (Article 903 et 904 du code Civil). Les héritiers de l'assuré sont :

En présence des 2 parents : $\frac{1}{4}$ pour chaque parent, $\frac{1}{2}$ partagé entre les frères et sœurs.

En présence d'1 parent, $\frac{1}{4}$ pour le parent, $\frac{3}{4}$ partagé » entre les frères et sœurs :

- les héritiers de l'assuré

Enfants : cette clause est utilisable lorsque le souscripteur/adhérent n'a pas de conjoint ou, qu'en présence de conjoint, il souhaite privilégier ses enfants :

- les enfants de l'assuré, nés ou à naître, vivants ou représentés,
- à défaut, les héritiers de l'assuré

Ascendants : cette clause est utilisable notamment lorsque le souscripteur/ adhérent n'a pas de descendance, ne souhaite pas transmettre à ses frères et sœurs, souhaite privilégier ses parents :

- les ascendants privilégiés de l'assuré par parts égales
- à défaut les héritiers de l'assuré.

Désignation d'un bénéficiaire particulier : cette clause est utilisable notamment lorsque le souscripteur/ adhérent souhaite stipuler au profit de son concubin :

- Monsieur ou Madame civilité – nom – nom de jeune fille le cas échéant – prénoms – date de naissance – code postal – lieu et pays de naissance – adresse actuelle avec code postal et pays,
- à défaut, par parts égales, les enfants de l'assuré, nés ou à naître, vivants ou représentés,
- à défaut, les héritiers de l'assuré.

Désignation de plusieurs bénéficiaires particuliers : cette clause est utilisable notamment lorsque le souscripteur/ adhérent souhaite stipuler au profit de son neveu, à défaut, en cas de décès du neveu, de sa cousine, ... :

- Monsieur ou Madame civilité – nom – nom de jeune fille le cas échéant – prénoms – date de naissance – adresse actuelle avec code postal et pays, à défaut
- Monsieur ou Madame civilité – nom – nom de jeune fille le cas échéant – prénoms – date de naissance – code postal et pays,
- à défaut, les héritiers de l'assuré.

Autres : cette clause permet de désigner librement les bénéficiaires :

- Civilité – nom – nom de jeune fille le cas échéant – prénoms – date de naissance – code postal – lieu et pays de naissance – adresse actuelle avec code postal et pays de chaque bénéficiaire,
- à défaut, les héritiers.

Dispositions testamentaires : cette clause permet de désigner librement les bénéficiaires par l'intermédiaire de disposition testamentaires. Elle permet une totale discrétion sur les bénéficiaires désignés et limite ainsi l'acceptation non-désirée par le souscripteur / adhérent. A titre de précaution, il faut toujours compléter cette clause par « à défaut les héritiers » pour le cas où le testament aurait été révoqué par une disposition postérieure :

- selon les dispositions testamentaires déposées en l'étude de Maître nom- prénom – notaire à rue – lieu-dit – code postal – ville et pays, à défaut les héritiers de l'assuré
Le testament doit préciser le nom et le numéro de contrat.

Un bénéficiaire à désigner à défaut d'héritiers : cette clause est utilisable notamment lorsque le souscripteur/ adhérent souhaite stipuler au profit d'une personne quelconque et qu'il n'a pas d'enfant :

- Monsieur ou Madame civilité – nom – nom de jeune fille le cas échéant – prénoms – date de naissance - code postal – lieu et pays de naissance – adresse actuelle avec code postal et pays,
- à défaut les héritiers de l'assuré.

Deux bénéficiaires à désigner par parts égales : cette clause est utilisable notamment lorsque le souscripteur/ adhérent souhaite stipuler par parts égales au profit de son frère ou de sa sœur par exemple :

- Monsieur ou Madame civilité – nom – nom de jeune fille le cas échéant – prénoms – date de naissance – adresse actuelle avec code postal et pays,
- Monsieur ou Madame civilité – nom – nom de jeune fille le cas échéant – prénoms- date de naissance -code postal – lieu et pays de naissance – adresse actuelle avec code postal et pays, par parts égales,
- à défaut, les héritiers de l'assuré.

Pacsé : cette clause est utilisable notamment lorsque le souscripteur/ adhérent souhaite stipuler au profit de son partenaire « pacsé » :

- le partenaire de l'assuré lié par un PACS,
- à défaut les héritiers de l'assuré.

Petits enfants : cette clause est utilisable notamment lorsque le souscripteur / adhérent souhaite stipuler par parts égales au profit de ses petits-enfants :

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

PROTECTION DES DONNEES A CARACTÈRE PERSONNEL

A qui sont transmises les données personnelles du souscripteur* ?

Les données personnelles du souscripteur* sont traitées par l'assureur* ou par le Groupe Covéa, auquel il appartient, responsables de traitement.

Les coordonnées de l'assureur* sont indiquées sur les documents contractuels et précontractuels qui ont été remis ou mis à disposition du souscripteur*. Le Groupe Covéa est représenté par Covéa, Société de Groupe d'Assurance Mutuelle régie par le Code des assurances, RCS Paris 450 527 916, dont le siège social se situe 86-90 rue St Lazare 75009 Paris. Pour obtenir des informations sur le Groupe Covéa, le souscripteur* peut consulter le site www.covea.eu.

Les données personnelles du souscripteur* peuvent être transmises aux personnels des responsables de traitement, à ses partenaires et sous-traitants contractuellement liés, réassureurs, organismes professionnels, organismes d'assurance ou organismes sociaux des personnes impliquées, intermédiaires d'assurance, experts, ainsi qu'aux personnes intéressées au contrat.

Ces destinataires peuvent être situés en dehors de l'Union européenne sur la base d'une décision d'adéquation ou de conditions contractuelles négociées. Ces dispositifs sont disponibles auprès du Délégué à la Protection des Données.

Pourquoi l'assureur* a besoin de traiter les données personnelles du souscripteur* ?

1. Les données personnelles sont traitées par l'assureur* et par le groupe Covéa afin de :

- conclure, gérer et exécuter les garanties du contrat d'assurance ;
- réaliser des opérations de prospection commerciale ;
- réaliser des sondages et enquêtes de satisfaction ;
- permettre l'exercice des recours et la gestion des réclamations ;
- conduire des actions de recherche et de développement ;
- mener des actions de prévention ;
- élaborer des statistiques et études actuarielles ;
- lutter contre la fraude à l'assurance ;
- mener des actions de lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme* ;
- exécuter ses obligations légales, réglementaires et administratives en vigueur ;
- effectuer des écoutes et enregistrements téléphoniques de manière non systématique, aux fins d'amélioration de la qualité de service, de formation et d'évaluation des collaborateurs.

2. Ces traitements ont pour bases légales : l'intérêt légitime des responsables de traitement pour les finalités de prospection commerciale, de réalisation de sondage et enquête de satisfaction, de lutte contre la fraude à l'assurance, de recherche développement ainsi que d'actions de prévention ; et contractuelle pour les autres finalités citées.

Lorsque la base légale est le contrat, le refus de fournir les données entraîne l'impossibilité de conclure celui-ci. Les responsables de traitement ont pour intérêt légitime : leur développement commercial, le développement de nouvelles offres et de nouveaux services, et la maîtrise de leur sinistralité, ainsi que de développement de leur qualité de service et la montée en compétence de leurs collaborateurs.

3. Dans le cadre de la lutte contre la fraude à l'assurance, l'assureur* peut, en cas de détection d'une anomalie, d'une incohérence ou d'un signalement, inscrire le souscripteur* sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, afin de maîtriser ses coûts et protéger sa solvabilité. Avant toute inscription, une information individuelle préalable sera notifiée au souscripteur*.

Quelle protection particulière pour les données de santé du souscripteur* ?

L'assureur* et le Groupe Covéa traitent les données personnelles relatives à la santé du souscripteur* à des fins de conclusion et gestion de contrat et/ou l'instruction et la gestion de sinistre. Ces données sont également utilisées à des fins de lutte contre la fraude à l'assurance.

Les données de santé sont nécessaires à l'assureur* pour évaluer les risques. En aucun cas les données de santé ne seront utilisées à des fins de prospection commerciale.

Compte tenu de leur particulière sensibilité, le traitement de ces données de santé est soumis à l'obtention du consentement du souscripteur*. Pour garantir la confidentialité des données de santé et le respect du secret médical, elles sont destinées exclusivement au service médical de l'assureur* ainsi qu'au seul personnel spécifiquement formé à leur traitement par le service médical.

Le souscripteur* a la possibilité de ne pas donner son consentement ou de le retirer à tout moment. En cas de refus ou de retrait du consentement du souscripteur*, l'assureur* ne pourra pas évaluer le risque. Par conséquent la conclusion du contrat ou l'instruction et la gestion du sinistre seront impossibles. Le souscripteur* peut exercer ses droits de retrait auprès du Délégué à la Protection des Données à l'adresse suivante :

- par courrier à l'adresse postale : MMA protection des données personnelles

14, Boulevard Marie et Alexandre Oyon 72030 Le Mans Cedex 9

- par mail : protectiondesdonnees@groupe-mma.fr

Dans le cadre d'une complémentaire de santé, la base légale du traitement des données de santé est la protection sociale. Conformément à la législation en vigueur, l'assureur* n'exerce pas de sélection de risques à partir des données de santé.

Pendant combien de temps les données personnelles du souscripteur* sont-elles conservées ?

Les données personnelles du souscripteur* traitées dans le cadre de la conclusion et la gestion du contrat sont conservées conformément aux délais légaux de prescription, fixés selon la nature du contrat.

En l'absence de conclusion d'un contrat, les données de santé du souscripteur* sont conservées pendant 5 ans.

Dans le cadre de la prospection commerciale, les données personnelles du souscripteur* sont conservées 3 ans à compter de leur collecte ou du dernier contact avec la personne concernée resté sans effet.

En cas d'inscription sur une liste de lutte contre la fraude, les données personnelles du souscripteur* sont conservées 5 ans.

Quels sont les droits dont dispose le souscripteur* ?

Le souscripteur* dispose :

- d'un droit d'accès, qui permet d'obtenir :
 - la confirmation que des données le concernant sont (ou ne sont pas) traitées ;
 - la communication d'une copie de l'ensemble des données personnelles détenues par le responsable de traitement le concernant ;

Ce droit concerne l'ensemble des données qui font l'objet (ou non) d'un traitement de la part de l'assureur*.

- d'un droit de demander la portabilité de certaines données. Plus restreint que le droit d'accès, il s'applique aux données personnelles que le souscripteur* a fournies (de manière active, ou qui ont été observées dans le cadre de l'utilisation d'un service ou dispositif) dans le cadre de la conclusion et la gestion d'un contrat.
- d'un droit d'opposition, qui permet au souscripteur* de ne plus faire l'objet de prospection commerciale de la part de l'assureur* ou des partenaires de l'assureur*, ou, pour des raisons tenant à sa situation particulière, de faire cesser le traitement des données à des fins de recherche et développement, de lutte contre la fraude et de prévention.
- d'un droit de rectification : qui permet au souscripteur* de faire rectifier une information le concernant lorsque celle-ci est obsolète ou erronée. Il permet également de faire compléter des informations incomplètes le concernant.
- d'un droit d'effacement : qui permet au souscripteur* d'obtenir l'effacement de ses données personnelles sous réserve des durées légales de conservation. Il peut notamment trouver à s'appliquer dans le cas où ses données ne seraient plus nécessaires au traitement.
- d'un droit de limitation, qui permet au souscripteur* de limiter le traitement de ses données (ne faisant alors plus l'objet d'un traitement actif) :
 - en cas d'usage illicite de ses données ;
 - s'il conteste l'exactitude de celles-ci ;
 - s'il est nécessaire de disposer des données pour constater, exercer ou défendre ses droits.

- d'un droit d'obtenir une intervention humaine : l'assureur* peut avoir recours à une prise de décision automatisée en vue de la souscription ou de la gestion de son contrat pour l'évaluation du risque. Dans ce cas, le souscripteur* peut demander quels ont été les critères déterminants de la décision auprès de son Délégué à la protection des données.

Le souscripteur* peut exercer ses droits par courrier à l'adresse postale :

MMA Protection des données - 14, boulevard Marie et Alexandre Oyon - 72030 Le Mans Cedex 9 ou par email à l'adresse protectiondesdonnees@groupe-mma.fr

A l'appui de la demande d'exercice des droits du souscripteur*, il lui sera demandé de justifier de son identité.

Le souscripteur* peut s'inscrire gratuitement sur le registre d'opposition au démarchage téléphonique sur www.bloctel.gouv.fr. Dans ce cas, le souscripteur* ne sera pas démarché par téléphone sauf s'il a communiqué son numéro de téléphone afin d'être recontacté par l'assureur* ou sauf s'il est titulaire d'un contrat en vigueur auprès de son assureur*.

Le souscripteur* peut définir des directives générales auprès d'un tiers de confiance ou particulières auprès du responsable de traitement concernant la conservation, l'effacement et la communication de ses données personnelles après son décès. Ces directives sont modifiables ou révocables à tout moment.

En cas de désaccord sur la collecte ou l'usage de ses données personnelles, le souscripteur* a la possibilité de saisir la Commission Nationale de l'Informatique et Libertés (CNIL).

Le traitement des données du souscripteur* par l'ALFA

Les données font l'objet d'une mutualisation avec les données d'autres assureurs dans le cadre d'un dispositif professionnel ayant pour finalité la lutte contre la fraude et dont le responsable du traitement est l'ALFA (l'Agence pour la Lutte contre la Fraude à l'Assurance). Les données mutualisées sont les données relatives aux contrats d'assurance automobile et aux sinistres déclarés aux assureurs.

Dans ce cadre, les données du souscripteur* sont destinées au personnel habilité de l'Agence pour la Lutte contre la Fraude à l'Assurance, ainsi qu'aux organismes directement concernés par une fraude (organismes d'assurance, autorités judiciaires, officiers ministériels, auxiliaires de justice, organismes tiers autorisés par une disposition légale ou réglementaire).

Pour l'exercice de ses droits dans le cadre de ce traitement, le souscripteur* peut contacter l'ALFA, 1 rue Jules Lefebvre, 75431 Paris Cedex 09.

Comment contacter le Délégué à la Protection des Données ?

Pour toute information complémentaire, le souscripteur* peut contacter le Délégué à la Protection des Données en écrivant à l'adresse suivante électronique : deleguealaprotectiondesdonnees@covea.fr , ou par courrier : Délégué à la Protection des Données - 86-90 rue St Lazare 75009 Paris.