

**GARANTIES COMPLEMENTAIRES DU JOUEUR EN CONVENTION DE FORMATION**  
(Option réservée aux joueurs en convention de formation FFHB)

**NATURE ET MONTANT DES GARANTIES PROPOSEES (en cumul des garanties de base accordées à la licence)**

	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 <sup>ème</sup> jour d'arrêt
Ostéopathie (au choix) Rayer la formule inutile et retenir le tarif correspondant	<b>1<sup>ère</sup> formule</b> : Forfait 100€ par an (maxi 50€ par consultation)(1)	<b>2<sup>ème</sup> formule</b> : Forfait 200€ par an (maxi 50€ par consultation)(1)	
<b>TARIF applicable depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2023</b>	<b>pour la 1<sup>ère</sup> formule 150€ TTC par an</b>	<b>pour la 1<sup>ère</sup> formule 240€ TTC par an</b>	

(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

**MODE DE SOUSCRIPTION :**

Si vous souhaitez bénéficier de l'une des options ci-dessus, remplissez, datez et signez ce bulletin d'adhésion et renvoyez-le accompagné de l'ordre de virement précisant en libellé : FFHB + joueur en formation et nom du club à **SARL BILLET GL ASSURANCES, Agent Exclusif MMA - Siren 789979010 N° Orias 13001802., 19 Square Gambon – BP 114, 58205 COSNE COURS SUR LOIRE CEDEX, Tél : 03.86.28.20.74 – Fax 03.86.28.29.06 Email : assurances.handball@mma.fr RIB ci-dessous + liste des joueurs et joueuses à assurer**

**L'ADHERENT (le joueur licencié)**

NOM / Prénom :

N° licence :  Téléphone :  Email :

Adresse du joueur :

Club de rattachement :  E-mail club :

**PERIODE DE GARANTIE :**

Les garanties prennent effet le jour de la réception du bulletin papier ou du mail et du virement auprès de l'assureur.

Les garanties prennent fin à l'issue de la saison sportive soit au 30 juin. Toutefois, à défaut de renouvellement, la garantie est prolongée jusqu'au 15 septembre de la saison qui suit.

L'ensemble des dispositions prévues dans la notice assurances du contrat de base dont le licencié déclare avoir reçu et pris connaissance trouve aussi application aux présentes garanties complémentaires.

A réception, l'assureur vous transmettra une attestation par mail (uniquement).

Signature du licencié (ou de son représentant légal avec nom et prénom s'il est mineur)

Fait le : ..... A : .....

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

