

Garanties individuelle accident

Ce contrat a été conçu pour protéger les assurés des conséquences d'un accident survenu dans le cadre du champ d'application des garanties mentionnées aux dispositions particulières AU521387. Sauf mention contraire aux Dispositions Générales ou aux Dispositions Particulières AU521387, l'indemnisation de l'Assureur se limitera à la prise en charge des conséquences d'un accident.

Article 11 - Modification des garanties

Chaque Assuré détenteur d'une Licence en cours de validité peut à tout moment de la saison modifier la formule initialement choisie :

- En souscrivant une formule A ou une formule B,
- En souscrivant à la formule « A » après voir initialement souscrit à la formule de base « B »,
- En souscrivant à la formule « B » après voir initialement souscrit à la formule de base « A »,
- En souscrivant à la formule complémentaire « C » après voir initialement souscrit à l'une des deux formules de base « A » ou « B ».

La modification sera effective le lendemain à 12 heures suivant la date de réception et validation de la demande au siège de la FFBB.

La cotisation sera perçue dans sa totalité et ce, quelle que soit la date de souscription à la formule. De même aucun calcul de prorata ne sera effectué pour la perception de la cotisation correspondante.

Article 12 - Information precontractuelle

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

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

Toute assurance contractée en violation de cette prohibition est nulle.

La nullité est prononcée sur la demande de l'assureur, du souscripteur de la police ou du représentant de l'incapable.

Les primes payées doivent être intégralement restituées.

L'assureur et le souscripteur sont en outre passibles, pour chaque assurance conclue sciemment en violation de cette interdiction, d'une amende de 4 500 euros.

Ces dispositions ne mettent point obstacle dans l'assurance en cas de décès, au remboursement des primes payées en exécution d'un contrat d'assurance en cas de vie, souscrit sur la tête d'une des personnes mentionnées au premier alinéa ci-dessus ou au remboursement du seul montant des primes payées, en exécution d'un contrat d'assurance de survie, souscrit au bénéfice d'une des personnes mentionnées au premier alinéa ci-dessus.

Article 13 - Catégories de licences et date de prise d'effet des garanties à l'égard des licenciés

- Pour les Assurés détenteurs d'une Licence délivrée par un club, les garanties sont acquises au jour de la validation par le club qui vaut qualification et restent acquises pour toute la durée de validité de ladite Licence.

Pour les adhésions intervenant en cours de saison, la garantie est acquise au jour de la qualification de la licence, aucun prorata de prime ne sera effectué, la prime annuelle sera due dans son intégralité.

Le licencié ayant fait le choix, lors de la prise d'une première licence ou lors du renouvellement de sa licence, de souscrire à l'une des formules Individuelle Accident définies aux présentes Dispositions Particulières, disposera d'un délai de 30 (trente) jours à compter de la date de qualification de prise ou de renouvellement de licence pour renoncer à la formule initialement choisie.

Cette renonciation devra être effectuée sous forme de lettre recommandée avec accusé de réception adressée à la FFBB ou par courriel à l'adresse : assurances@ffbb.com.

Le licencié n'ayant pas encore procédé au renouvellement de sa licence, continuera

Les garanties cessent de plein droit dès lors que l'Assuré n'est plus licencié auprès de la FFBB (sous réserve des dispositions du précédent paragraphe ci-dessus).

2) Pour les Assurés détenteurs d'une « Licence Junior League », d'une « Licence Super League », d'une « Licence Contact hors 3x3 » d'un Pass 3x3, ou d'un PASS joueur Entreprise, ainsi que pour la licence contact entreprise, dans le cadre d'un Pack entreprise, les garanties prennent effet à la date de délivrance de la Licence ou du Pass et sont acquises pendant toute la durée de validité de la Licence ou du Pass.

3) Pour les personnes prêtant bénévolement leur concours à l'encadrement ou à l'organisation des activités, les garanties prennent effet uniquement durant leur bénévolat.

4) Pour les personnes s'initiant à la pratique du basket-ball et pour les joueurs à l'essai, sans Licence, la garantie prend effet dès l'instant où elles s'initient ou s'essaient à cette pratique et cesse dès la fin de l'initiation ou de l'essai. ▪ Centre Génération Basket ▪ Basket Santé Découverte

Il en est notamment ainsi pour les titres de participation de Contacts Découverte :

Dans le cadre des activités des Centres Génération Basket (CGB), pour les pratiquants U7 et plus, les pratiquants se verront délivrer un titre de participation Contact Basket ponctuel d'initiation. Ce titre peut être utilisé sur toute la période de la session du CGB (cinq demi-journées maximum). Ces titres Contact Basket CGB doivent être saisis par les Comités Départementaux après chaque session.

Dans le cadre des activités Basket Santé Découverte, les pratiquants se verront délivrer un titre de participation Contact Basket BS ponctuel d'initiation. Ces titres Contact Basket BS doivent être saisis par les Comités Départementaux après chaque session.

5) Pour les joueurs en cours de qualification à condition qu'ils soient inscrits dès leur première activité donnant lieu à une autorisation provisoire, sous réserve de la régularisation de leur Licence, la garantie prend effet dès leur inscription lors de leur première activité et au plus tard à la date du début des championnats.

6) Pour les personnes pratiquant le basket-ball dans le cadre de sessions labellisées « Vivre Ensemble » et dans le cadre de Pack d'organisation Vivre Ensemble ainsi que pour les sessions labellisées « Micro-Basket », la garantie produit ses effets pendant le déroulement de la session, variable selon le type d'action mise en oeuvre :

- Basket Santé Découverte : une ou quelques journées,

- Basket Santé Résolutions : sessions régulières sur plusieurs mois,

- Basket Santé Confort : sessions régulières sur plusieurs mois,

- Basket Tonik qui consiste en la pratique d'activité de fitness avec un ballon de basketball (Pratique individuelle, dynamique, basée sur l'enchaînement de gestes fondamentaux du basket, réalisés en rythme et sur une musique),

- Basket Inclusif, qui se définit comme des pratiques du basket, ou inspirées du basket, permettant de faire participer ensemble et en toute sécurité, avec des personnes valides, des personnes atteintes de troubles et/ou de handicaps visibles ou invisibles,

Si un Assuré était détenteur de plusieurs Licences, l'engagement de l'Assureur serait en tout état de cause limité à une seule et même Licence dans la limite des montants indiqués aux tableaux de garanties ci-dessus.

Article 14 - CLAUSE DE NON-CUMUL : PROGRAMME Comité National Olympique du Sport Français

En cas d'accident garanti, les prestations prévues au sein des présentes Dispositions Particulières n'interviendront qu'à défaut des prestations prévues au contrat « Individuelle Accident » souscrit par le Comité National Olympique du Sport Français (CNOSF).

Article 15 - NON-CUMUL DES POLICES RESPONSABILITE CIVILE et INDIVIDUELLE ACCIDENT

Lorsque l'accident met en jeu à la fois la garantie « Responsabilité Civile » souscrite par contrat séparé par l'assuré et la garantie « Individuelle Accident » du présent contrat, au profit d'une même victime, cette dernière (ou ses ayants droit) percevra exclusivement, sans possibilité de cumul, la plus élevée des indemnités résultant de l'une ou l'autre des garanties.

Il est précisé que les premiers règlements effectués au titre de l'une des garanties auront un caractère d'avance à valoir sur le règlement définitif.

Si l'accident ne met pas en jeu la garantie « Responsabilité Civile », la victime (ou ses ayants droit) percevra la seule indemnité prévue au titre de la garantie « Individuelle Accident ».

Article 16 - DÉFINITIONS

Par dérogation partielle aux définitions prévues à l'article 2 GLOSSAIRE des Dispositions Générales GA0023D, sont définis comme suit :

Accident :

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

Sont également considérés comme accident :

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

Les lésions internes telles que les accidents cardio-vasculaire, les accidents vasculo-cérébral et les commotions cérébrale, sont assimilées à des atteintes corporelles garanties à la condition qu'elles résultent d'un choc provoqué par un agent extérieur à l'Assuré.



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

Les lésions internes telles que les accidents cardio-vasculaire, les accidents vasculo-cérébral et les commotions cérébrale, sont assimilées à des atteintes corporelles garanties à la condition qu'elles résultent d'un choc provoqué par un agent extérieur à l'Assuré.

Invalidité permanente totale ou partielle :

L'assuré est considéré en état d'invalidité permanente totale ou partielle s'il est privé définitivement de tout ou partie de ses capacités physiques ou intellectuelles.

Pour l'appréciation de cette invalidité, c'est le BAREME INDICATIF D'INVALIDITE POUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL qui sera utilisé et il ne sera tenu compte que de l'invalidité fonctionnelle et en aucun cas de l'invalidité professionnelle. Il ne sera pas tenu compte non plus des préjudices annexes (souffrances endurées, préjudice d'agrément, préjudice esthétique, etc.....).

Barème d'Invalidité :

Les invalidités permanentes seront réglées en évaluant les taux d'infirmités sur les bases du BAREME INDICATIF D'INVALIDITE POUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL établi conformément à la loi du 30 Octobre 1946, suivant le Code de la Sécurité Sociale.

Franchise :

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

Franchise absolue :

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

Franchise relative :

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

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) :

État de l'Assuré, reconnu par le médecin conseil de l'Assureur, le rendant définitivement incapable de se livrer à toute occupation professionnelle et requérant, toute sa vie durant, l'assistance d'une tierce personne pour effectuer l'ensemble des actes ordinaires de la vie courante suivants : se laver, se vêtir, s'alimenter et se déplacer.

Les Assurés classés en 3ème catégorie d'invalidité de la Sécurité Sociale sont automatiquement considérés comme en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

Article 17 - GARANTIES

DECES SUITE A ACCIDENT

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

Le capital est versé aux bénéficiaires.

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

Si le décès est consécutif à un accident qui a donné lieu au versement d'un capital au titre de la garantie « Invalidité Permanente suite à accident », l'Assureur versera aux bénéficiaires, si le décès survient moins de deux ans après l'accident, le montant complémentaire éventuellement dû jusqu'à concurrence du capital garanti en cas de décès.

La disparition sans nouvelles de l'Assuré peut être assimilée au décès à l'expiration d'un délai de 12 mois suivant la déclaration de sa disparition auprès des autorités compétentes et ce, sur constat judiciaire de la présomption d'absence.

FRAIS D'OBSEQUES ET/OU DE SEPULTURE

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

AMENAGEMENT DU DOMICILE ET/OU DU VEHICULE

En cas d'accident entraînant une invalidité permanente totale ou une invalidité permanente partielle supérieure à 33% garantie, l'Assureur remboursera les dépenses que l'Assuré aurait à engager, déduction faite des versements perçus au titre d'autres organismes, pour aménager son domicile principal et/ou son véhicule automobile personnel en vue de les adapter aux conséquences des handicaps résultant dudit accident garanti. Ce remboursement s'effectuera sur présentation des factures justificatives, dans la limite de 10 % du capital garanti au titre de la garantie Invalidité permanente suite à accident, figurant aux Dispositions Particulières, avec un maximum de 20 000 €.

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

INVALIDITE PERMANENTE

Par dérogation partielle à l'article 3.2 « Invalidité permanente suite à Accident » des Dispositions Générales GA0023D, le taux d'invalidité permanente sera déterminé en utilisant le barème du régime d'invalidité des accident de travail de la Sécurité Sociale.

Par dérogation partielle à l'article 3.2 « Invalidité permanente suite à Accident » des Dispositions Générales GA0023D, pour la catégorie d'assurés « Sportifs et Arbitres de Haut Niveau et sportifs assimilés », le capital indiqué dans le tableau de garanties ci-dessus n'est dû que dans les deux cas suivants :

- Accident de sport se traduisant par une invalidité inférieure ou égale à 65%,
- Accident survenu en dehors de l'activité sportive (trajet notamment).

Cette garantie ne se cumule pas avec les garanties « PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE » et « ACCIDENT CORPOREL GRAVE – INVALIDITE ACCIDENTELLE SUITE A UN ACCIDENT DE SPORT UNIQUEMENT ».

PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

État de l'Assuré, reconnu par le médecin conseil de l'Assureur, le rendant définitivement incapable de se livrer à toute occupation professionnelle et requérant, toute sa vie durant, l'assistance d'une tierce personne pour effectuer l'ensemble des actes ordinaires de la vie courante suivants : se laver, se vêtir, s'alimenter et se déplacer.

Les Assurés classés en 3ème catégorie d'invalidité de la Sécurité Sociale sont automatiquement considérés comme en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

Cette garantie ne se cumule pas avec la garantie « INVALIDITE PERMANENTE ».

ACCIDENT CORPOREL GRAVE – INVALIDITE ACCIDENTELLE SUITE A UN ACCIDENT DE SPORT UNIQUEMENT Le Capital de 500 000 € versé en cas d'Accident corporel grave survenu UNIQUEMENT pendant l'activité sportive et entraînant une invalidité supérieure à 65%.

Cette garantie ne se cumule pas avec la garantie « INVALIDITE PERMANENTE » ni avec la garantie « PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE ».

INDEMNITES JOURNALIERES

Par dérogation à l'article 3.3 Indemnités journalières suite à accident des Dispositions Générales GA0023D, cette garantie a pour objet de faire bénéficier l'assuré d'une indemnité journalière en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail résultant d'un accident survenu lors de la pratique du basket. Cette indemnité journalière est versée exclusivement en cas de perte réelle de revenu de l'assuré dans les conditions définies ci-dessus lorsque :

- **L'assuré exerce une activité professionnelle et est mis en arrêt de travail par décision médicale :**

Par perte réelle de revenu, on entend la différence entre la rémunération de l'activité professionnelle de l'assuré (salaires, primes, honoraires, gratifications) servant de base à la déclaration annuelle à l'Administration Fiscale et les prestations versées par la Sécurité Sociale et/ou tout autre régime similaire, régime complémentaire ou l'employeur.

Si le salaire est maintenu par le club auprès d'un joueur, liant les deux parties par un contrat de travail avec ce dernier, la paiera la perte réelle de revenu de l'assuré au club. Les conditions de garanties restant inchangées.

- **L'assuré est inscrit à « France Travail » et reçoit à ce titre des prestations :**

Par perte réelle de revenu, on entend la différence entre les prestations versées par « France Travail » servant de base à la déclaration annuelle à l'Administration Fiscale et les prestations versées par la Sécurité Sociale et/ou tout autre régime similaire ou régime complémentaire.

Dans tous les cas, l'indemnité journalière est versée pendant le nombre de jours où l'assuré est dans l'impossibilité complète de se livrer à un travail quelconque, fut-ce même de direction ou de surveillance.

1) Bénéficiaire : L'assuré lui-même ou le club de l'assuré en cas de salaire maintenu par le club auprès d'un joueur ou salarié du club, les deux parties étant liées par un contrat de travail.

2) Premier jour d'incapacité : Le premier jour d'incapacité est, en cas d'accident, le jour où est établi le certificat médical déterminant l'incapacité temporaire ou l'arrêt de travail, à défaut le premier jour d'hospitalisation en cas d'hospitalisation.

3) Rechute : Toute rechute ou complication qui intervient après la reprise des occupations habituelles et ce, quel qu'en soit le délai, est considérée comme la suite du même accident et non comme un nouvel accident.

L'Assureur reprendra – sans aucune franchise – le versement des indemnités journalières à partir du 1er jour de la constatation médicale de la rechute et/ou complication et ce, sans que la période totale d'incapacité temporaire n'excède la durée maximum d'indemnisation de 120 jours. L'assureur se réserve le droit de vérifier le lien de causalité entre l'accident préalablement indemnisé et la réclamation présentée par l'assuré pour rechute ou complication.



4) Cessation de la garantie : Dans tous les cas, l'assuré n'est plus garanti au titre de l'incapacité temporaire lorsqu'une invalidité permanente accidentelle consolidée et irréductible est constatée, et que l'indemnité versée au titre de l'invalidité permanente est directement consécutive à l'accident garanti faisant l'objet du versement des indemnités journalières.

5) Détermination de la durée de l'incapacité temporaire : La durée de l'incapacité temporaire est fixée par le médecin traitant de l'assuré, étant entendu que se réserve le droit de la faire contrôler par son médecin expert.

6) Résiliation ou expiration du contrat : Dans le cas où le présent Accord collectif viendrait à être résilié, alors que des indemnités journalières sont versées au titre d'un accident garanti survenu avant la résiliation, l'Assureur paiera les indemnités journalières auxquelles l'assuré peut prétendre sans toutefois dépasser la durée totale d'indemnisation prévue au présent Accord collectif.

Toutefois, aucune indemnité journalière n'est due au-delà de la date de résiliation de la présente police, dans le cas où celui-ci est résilié pour non-paiement des cotisations.

7) Exclusions spécifiques : en complément des exclusions prévues à l'article 5 « exclusions » des dispositions générales GAO023D, sont également exclues :

- Les incapacités temporaires totales ou partielles résultant de maladie.
- La non-justification, par l'assuré, d'aucun régime de base (Sécurité Sociale et/ou tout autre régime similaire ou régime complémentaire, employeur, Pôle emploi) sauf pour les joueurs étrangers en attente de régularisation des formalités pour l'obtention de la carte de séjour et ayant un contrat de travail avec le club. Le club devant dans tous les cas justifier d'un versement de salaire au licencié ayant souscrit à la formule B.
- Le versement des indemnités journalières cesse dès lors que l'assuré n'est plus enregistré auprès de France Travail et ne perçoit plus à ce titre de prestations.

REMBOURSEMENT COMPLEMENTAIRE DE FRAIS MEDICAUX

Objet de la garantie :

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

Conditions de garantie :

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

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

Définition des frais médicaux :

La garantie s'applique exclusivement :

Au remboursement des frais suivants :

- Honoraires des praticiens,
- Frais de médicaments prescrits par un médecin ou un chirurgien,
- Frais d'intervention chirurgicale et d'hospitalisation,
- Frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation
- Frais de chambre particulière,
- Forfait journalier hospitalier
- Frais d'ostéopathie
- Frais de transport de l'assuré (et de son accompagnateur si nécessaire) du lieu de l'accident au centre de soins le plus proche adapté à son cas.

Au remboursement des frais suivants lorsque l'Assuré, préalablement à l'accident, était équipé de lunettes et/ou de prothèses (dentaire, auditive, orthopédique), sur prescription médicale et dispensée par des praticiens munis des diplômes exigés par les pouvoirs publics :

- Frais de soins et de prothèse dentaire, auditive ou orthopédique : en cas de bris directement imputable à un accident ayant causé une blessure médicalement constatée :

D'une dent définitive,

- D'un appareil orthodontique,
- D'une prothèse auditive,
- D'une prothèse orthopédique ; dans ce cas, le remboursement est limité aux frais de premier appareillage,

- Frais d'optique (monture et/ou verres) : en cas de bris directement imputable à un accident ayant causé une blessure médicalement constatée.

Modalités de remboursement :

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

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

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

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

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

Assurances cumulatives :

Si les Frais garantis par le contrat sont ou viennent à être couverts par une autre assurance, l'Assuré devra en informer l'Assureur conformément à l'article L 121-4 du Code des Assurances. Quand plusieurs assurances contre un même risque sont contractées de manière dolosive ou frauduleuse, les sanctions prévues à l'article L 121- 3 premier alinéa du Code des Assurances, sont applicables. Quand elles sont contractées sans fraude, chacune d'elles produit ses effets dans les limites des garanties du contrat et dans le respect des dispositions de l'article L 121-1 du Code des Assurances, quelle que soit la date à laquelle l'assurance aura été souscrite. Dans ces limites, le Bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnisation de ses dommages en s'adressant à l'Assureur de son choix.

EXCLUSIONS SPECIFIQUES COMPLEMENTAIRES :

En complément des exclusions prévues au sein des Dispositions Générales GAO023D, ne peuvent donner lieu à remboursement :

- LES TRAITEMENTS (CONSULTATION, PHARMACIE, HOSPITALISATION) DE PSYCHOTHERAPIE, PSYCHIATRIE, DE PSYCHANALYSES, DE MALADIES MENTALES, DEPRESSIVES OU NERVEUSES,
- LES FRAIS DE PROTHESE ET D'APPAREILLAGE AUTRES QUE CEUX MENTIONNES A L'ARTICLE « REMBOURSEMENT COMPLEMENTAIRE DES FRAIS MEDICAUX »,
- LES FRAIS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX ENGAGES DANS UN BUT ESTHETIQUE,
- LES FRAIS MEDICAUX RELATIFS A DES TRAITEMENTS EXPERIMENTAUX OU DONT L'EFFICACITE N'EST PAS RECONNUE PAR LE CORPS MEDICAL.
- LES DOMMAGES RESULTANT DE VOLS, DISPARITIONS OU PERTES.
- LES LUNETTES DE SOLEIL OU D'AGREMENT.
- LES FRAIS DE TRANSPORT REPETITIFS LIES A UNE AFFECTION CHRONIQUE.
- LES TRAITEMENTS DE REEDUCATION QUI NE SERAIENT NI FONCTIONNELLE NI MOTRICE.
- LES FRAIS ENGAGES PLUS DE DEUX ANS APRES L'ACCIDENT
- LES FRAIS D'ENTRETIEN ET DE REMPLACEMENT D'APPAREILS DE PROTHESES.

FRAIS DE RECHERCHE ET DE SECOURS SUITE A ACCIDENT

Définitions :

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

- Frais de recherche et de secours :

Les frais occasionnés par les opérations de recherche, de sauvetage et de transport et engagés par des sauveteurs ou par des organismes publics ou privés lors de tout accident mettant ou pouvant mettre en péril la vie de l'Assuré.

Par transport, on entend le transport de l'Assuré du lieu du sauvetage jusqu'à la localité la plus proche ou si son état nécessite une hospitalisation jusqu'à la clinique ou l'hôpital le plus proche.

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

Prestations garanties :

Pour les frais de recherche et de secours le remboursement de l'Assureur ne pourra s'effectuer que sur présentation de la demande émanant des sauveteurs ou des organismes publics ou privés, avec le détail des dépenses encourues.

La prise en charge des frais engagés dont le remboursement est demandé à l'Assuré sera effectuée à concurrence de la somme mentionnée aux Conditions Particulières.

FRAIS DE TRANSPORT ET DE REMISE A NIVEAU SCOLAIRE

Nous remboursons à l'assuré les frais suivants :



HELMETT, SAS de courtage en assurances au capital de 17.403.808 € - Exploitante de la marque Helmet Sport - RCS PARIS 390.069.201 - Code APE 6622Z - Siège social : 3 Boulevard Richard Lenoir 75011 PARIS - Tél : 01 44 73 46 46 - Immatriculée à l'ORIAS sous le numéro 07000475 (vérifiable sur www.orias.fr). L'autorité compétente est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest CS 92459 75436 Paris CEDEX 09 (www.acpr.banque-france.fr). Réclamation : les réclamations peuvent être adressées à votre interlocuteur habituel, par courrier à l'adresse postale ci-dessus ou courriel à l'adresse sollicitations@helmett-assurances.com. Médiation : en cas d'échec de votre réclamation dans un délai de deux mois à compter de son envoi, vous pouvez saisir le Médiateur de l'Assurance par courrier à l'adresse postale suivante : La Médiation de l'Assurance, Pole CSCA, TSA 50110 75441 Paris Cedex 09 ou via le formulaire en ligne disponible à l'adresse suivante : <https://www.mediation-assurance.org/contact>.

- Le coût des leçons particulières de remise à niveau scolaire pour l'assuré victime d'un accident l'empêchant médicalement de fréquenter l'établissement pendant plus de quinze jours scolaires consécutifs.
- Le coût des moyens de transport exceptionnels (Uber, Taxi) que l'Assuré est contraint d'utiliser pendant plus de quinze jours consécutifs pour effectuer le trajet domicile-lieu de l'activité professionnelle et/ou scolaire à la suite d'un accident.

Documents nécessaires au règlement du sinistre : En complément des éléments indispensables au règlement du sinistre repris à l'article 6 de nos Dispositions Générales GA0023D, l'assureur aura impérativement besoin des factures acquittées ainsi que tout élément justifiant la nécessité de recourir aux leçons particulières

RECONVERSION PROFESSIONNELLE

En cas d'Invalidité Permanente, si vous n'êtes plus en mesure d'exercer votre activité professionnelle et contraint d'envisager une reconversion professionnelle, un capital vous sera versé à concurrence de la somme figurant au tableau des garanties.

FRAIS DE COMMUNICATION

L'Assureur prend en charge, sur justificatifs et dans la limite du montant indiqué au tableau de garanties des présentes Dispositions particulières tous les frais résultants d'un événement garanti nécessitant la mise en place d'une communication à caractère urgent et dont l'objet est directement lié à cet événement, à condition que :

- Le sinistre ait causé des victimes (décès ou invalidité) parmi les assurés,
- La mise en place de la campagne de communication survienne dans un délai de quinze jours après le sinistre.

DOMMAGES AUX EFFETS PERSONNELS

En cas de dommages matériels endommageant les effets personnels de l'Assuré suite à un accident résultant d'une agression, d'un acte de terrorisme, d'un attentat ou d'un accident de la circulation, l'Assureur indemnise l'Assuré à concurrence de Mille euros (1 000 €) pour le remplacement de ses effets personnels détruits lors de l'accident, sur présentation de justificatifs.

Sont considérés comme effets personnels les vêtements habituellement portés par l'Assuré.

EXCLUSIONS SPECIFIQUES AUX DOMMAGES AUX EFFETS PERSONNELS SONT EXPRESSEMENT EXCLUS DE LA GARANTIE :

- LES ACCIDENTS AUTRES QUE CEUX RESULTANT D'UNE AGRESSION, D'UN ACTE DE TERRORISME, D'UN ATTENTAT OU D'UN ACCIDENT DE LA CIRCULATION
- LES PROTHESES DENTAIRES, OPTIQUES OU AUTRES, LES LUNETTES, LES VERRES DE CONTACTS
- LES TELEPHONES PORTABLES
- LES MATERIELS AUDIO-VISUELS, LES APPAREILS PHOTO, LES APPAREILS VIDEO OU HIFI
- LES FRAIS QUI PEUVENT ETRE INDEMNISES PAR UN AUTRE CONTRAT D'ASSURANCE OU CEUX QUI FONT L'OBJET D'UNE INDEMNITE ATTRIBUEE SOIT A L'ASSURE SOIT AU SOUSCRIPTEUR

PREJUDICE DE DESAGREMENT

Lorsque l'Assureur est amené à verser un capital au titre de la garantie INVALIDITE PERMANENTE, il versera également à l'Assuré une indemnité forfaitaire complémentaire fixée en fonction du degré d'Infirmité permanente dont il aura été atteint et d'un montant fixé selon barème suivant :

Taux d'infirmité	Montant forfaitaire	Taux d'infirmité	Montant forfaitaire
< Ou = à 10 %	2 000 €	>50% et < = 60%	12 000 €
>10% et < = 20%	4 000 €	>60% et < = 70%	14 000 €
>20% et < = 30%	6 000 €	>70% et < = 80%	16 000 €
>30% et < = 40%	8 000 €	>80% et < = 90%	18 000 €
>40% et < = 50%	10 000 €	>90% et < = 100%	20 000 €

PREJUDICE ESTHETIQUE PERMANENT

Définition du « Préjudice esthétique »

Le préjudice esthétique est l'altération de l'apparence d'une personne suite à un accident. Il peut s'agir de cicatrices, de déformations, de mutilations, de marques ou encore de séquelles, directement imputables à l'accident garanti.

Ce qui est garanti :

Lorsque l'accident garanti a pour conséquence un préjudice esthétique permanent, à dire d'expert, l'Assureur versera à l'Assuré un capital forfaitaire, déterminé suivant les modalités ci-dessous.

Evaluation :

Le préjudice esthétique sera évalué par le médecin-conseil de l'Assureur en fonction des disgrâces physiques ou des cicatrices, directement imputables à l'accident* garanti et subsistant définitivement après la consolidation, comme suit :

Qualification	Préjudice esthétique permanent
0,5	500 €
1	1 000 €
1,5	1 500 €
2	2 000 €
2,5	2 500 €
3	3 500 €
3,5	4 500 €
4	5 000 €
4,5	7 000 €
5	8 500 €
5,5	10 000 €
6	12 000 €
6,5	15 000 €
7	20 000 €

BONUS SANTE

L'assuré bénéficie, sur justificatifs, d'un « Bonus Santé » à concurrence d'un montant global maximal prévu aux tableaux de garantie ci-dessus, dans la limite des frais réels restant à charge.

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

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

- Les dépassements d'honoraires médicaux ou chirurgicaux,
- Les prestations hors nomenclature ou non remboursables par la Sécurité Sociale,
- Les bris de lunettes et perte de lentilles durant les activités sportives,
- Les frais de prothèse dentaire,

En cas d'hospitalisation :

- La majoration pour chambre particulière (les suppléments divers de confort personnel : téléphone, télévision, etc. ne sont pas pris en compte)
- Si le blessé est mineur : le coût d'hébergement d'un parent accompagnant facturé par l'hôpital, ainsi que les frais de trajet,
- Les frais de transport des accidentés pour se rendre de leur domicile au lieu de leurs activités scolaires, universitaires, professionnelles,
- Les frais d'ostéopathie (ils devront être prescrits et pratiqués par un médecin praticien),
- Et d'une façon générale tous frais de santé prescrits par un médecin praticien.



Tableau de garanties et des franchises applicables en cas de sinistre – Garanties de base

Il est précisé que le licencié ayant souscrit à l'une des deux formules de base « A » ou « B » peut à tout moment de l'année, tant à l'échéance qu'en cours d'année fédérale, souscrire à la formule complémentaire « C », les garanties afférentes à cette formule « C » se cumulant avec celles attachées aux formules de base « A » et « B ».

Garanties suite à accident	Garanties suite à accident			Franchises
	FORMULE A	FORMULE B	FORMULE C	
Décès uniquement pour les assurés de plus de 12 ans :	25 000 € Majoration de 10% par enfant à charge dans la limite de 50% du capital garanti			Néant
Frais d'obsèques et de sépulture : ▪ Assurés de moins de 12 ans ▪ Assurés de plus de 12 ans	▪ 10 000 € ▪ 5 000 €			Néant
Invalidité permanente	350 000 €		175 000 €	Formule A et B : 5 % (franchise relative) Formule C : 10% (franchise relative)
Perte totale et irréversible d'autonomie	500 000 €		250 000 €	Néant
Aménagements du domicile et/ou du véhicule en cas d'Invalidité Permanente supérieure à 33%	10% du capital assuré en Invalidité Permanente, dans la limite de 20 000 €			Invalidité permanente supérieure à 33%
Indemnités journalières	Non inclus	45 € par jour Durée maximum d'indemnisation 120 jours	Non inclus	5 jours franchise absolue
Remboursement complémentaire de frais médicaux Frais réels uniquement : ▪ Frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation ▪ Forfait journalier hospitalier ▪ Frais d'ostéopathie ▪ Soins dentaires ▪ Frais de prothèse dentaire ▪ Soins optiques (lunettes / lentilles) ▪ Frais de premier transport (du lieu de l'accident à l'établissement hospitalier le plus proche susceptible de donner les premiers soins) ▪ Frais de transport pour se rendre aux soins médicalement prescrits	▪ 200% de la base de remboursement Sécurité Sociale ▪ 100% des frais réels ▪ Maximum 300 € / an ▪ 450 € ▪ 900 € ▪ 300 € (monture : 150 € / 150 € par lentille) ▪ 100% des frais réels ▪ 100% des frais réels			Néant
Bonus Santé	Au-delà des prestations de base ci-dessus, l'assuré bénéficie d'un « BONUS SANTE » à concurrence d'un montant global maximal par accident de 1 000 €. Ce Bonus Santé est disponible en totalité à chaque accident. S'il a été entamé ou épuisé à l'occasion d'un premier accident, il se reconstitue en cas d'accident ultérieur. L'assuré pourra disposer de ce Bonus pour le remboursement, après intervention de ses régimes de prévoyance obligatoire et complémentaire, et sur justificatifs , de toutes les dépenses suivantes sous réserve qu'elles soient prescrites médicalement et directement liées à l'accident pris en charge : ▪ dépassements d'honoraires médicaux ou chirurgicaux, ▪ prestations hors nomenclature ou non remboursables par la Sécurité Sociale, ▪ soins dentaires et optiques, ▪ en cas d'hospitalisation : la majoration pour chambre particulière (les suppléments divers de confort personnel : téléphone, télévision, etc. ne sont pas pris en compte) /// si le blessé est mineur : le coût d'hébergement d'un parent accompagnant facturé par l'hôpital, ainsi que les frais de trajet, ▪ frais de transport des accidentés pour se rendre de leur domicile au lieu de leurs activités scolaires, universitaires, professionnelles, Et d'une façon générale tous frais de santé prescrits par un médecin praticien.			Néant
Frais de recherche et de secours :	2 000 €			Néant
Frais de transport et de remise à niveau scolaire	1 800 €			15 jours franchise relative
Reconversion professionnelle	5 000 €			Néant
Frais de communication	5 000 €			Néant
Dommages aux effets personnels	1 000 €			Néant
Préjudice de désagrément	Selon barème défini aux présentes Dispositions Particulières et avec un maximum de 20 000 €.			Néant
Préjudice esthétique	Selon barème défini aux présentes Dispositions Particulières et avec un maximum de 20 000 €.			Néant

