

1 / RESPONSABILITE CIVILE

(assurances souscrites auprès d'ALLIANZ IARD - Contrat n° 45770145)

RESPONSABILITE CIVILE	MONTANTS	FRANCHISE
Tous dommages confondus ..	8 000 000 EUR par sinistre	
Dont : Dommages matériels et immatériels consécutifs	4 573 500 EUR par sinistre	Néant
Vol	15 000 EUR par sinistre	300 EUR
Dommages immatériels non consécutifs	800 000 EUR par sinistre	1 500 EUR
Dommages résultant d'une atteinte à l'environnement accidentelle	1 524 500 EUR par année d'assurance	800 EUR
DEFENSE PENALE & RECOURS	MONTANTS	Seuil d'intervention
Frais et honoraires assurés, quel que soit le nombre de victimes	45 735 EUR HT par année d'assurance	300 EUR

2 / INDIVIDUELLE ACCIDENT

(Accord collectif n° 1958 souscrit auprès de la Mutuelle des Sportifs (MDS))

GARANTIES	Licencié de base	Dirigeants, Athlètes de haut niveau, Membres Equipes de France
DECES Moins de 16 ans 16 ans et plus	8 000 € 25 000 €	8 000 € 38 000 €
INVALIDITE PERMANENTE	80 000 € (versé en totalité si IPP ≥ 60%)	110 000 € (versé en totalité si IPP ≥ 60%)
FRAIS DE PREMIER TRANSPORT	100% des frais réels	100% des frais réels
FRAIS DE SOINS DE SANTE Frais pharmaceutiques, chirurgicaux, médicaux Forfait journalier hospitalier Forfait dentaire Forfait optique	200% base Sécurité Sociale 100% (Frais réels) 300 € / dent 300 € / accident	200% base Sécurité Sociale 100% (Frais réels) 600 € / dent 600 € / accident
FRAIS DE RECONVERSION PROFESSIONNELLE		4 580 €
REMISE A NIVEAU SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE	30 € par heure de soutien scolaire ou universitaire (maximum 180 h)	40 € par heure de soutien scolaire ou universitaire (maximum 300 h)
INDEMNITES JOURNALIERES (soumises à conditions de revenus)		30 €/jour (maximum 365 jours) Franchise 30 jours (4 jours si hospitalisation)
CAPITAL SANTE	1 525 € / accident	2 000 € / accident

Au-delà des prestations définies ci-dessus, l'assuré bénéficie d'un « **CAPITAL SANTE** » à concurrence d'un montant global maximal par accident de 1.525 € ou 2.000 € selon la qualité de l'assuré.

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

L'assuré pourra disposer de ce capital 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 /// Bris de lunettes et perte de lentilles durant les activités sportives /// 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 dans la limite de 0,25 € par km /// Frais de transport pour se rendre aux soins prescrits médicalement, dans la limite de 0,25 € par km /// Frais de transport des accidentés pour se rendre de leur domicile au lieu de leurs activités scolaires, universitaires, professionnelles, dans la limite de 0,25 € par km /// Frais de séjour médicalement prescrits en centre de rééducation traumatologique sportive /// 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.

ASSISTANCE RAPATRIEMENT

Sont notamment garantis : • Le rapatriement ou le transport sanitaire. • La visite d'un membre de la famille en cas d'hospitalisation supérieure à 10 jours à l'étranger. • La prise en charge des frais médicaux, en complément des versements effectués par les organismes de protection sociale, à concurrence de 5 340 €, déduction faite d'une franchise de 16 € par dossier. • Le rapatriement, le transport du corps en cas de décès et la prise en charge des frais de cercueil à hauteur de 460 €. *L'assistance n'intervient qu'après appel au 01 45 16 65 70.*

3 / RESPONSABILITE CIVILE DES DIRIGEANTS

(assurances souscrites auprès d'ALLIANZ IARD - Contrat n° 45779874)

	MONTANTS	FRANCHISE
Dirigeants de clubs ou de groupements de clubs	152 500 EUR par sinistre	1 500 EUR par sinistre
Dirigeant de la FFHMFAC	304 900 EUR par sinistre	1 500 EUR par sinistre

Bulletin d'adhésion garanties complémentaires F.F.H.M.F.A.C.

(à retourner à la MDS 2/4 rue Louis David - 75782 PARIS Cedex 16)

Les garanties prennent effet le lendemain de l'envoi à la MDS de la demande d'adhésion accompagnée du règlement de l'option choisie.

Options	Décès	Invalidité (pour 100% d'invalidité)	Indemnités Journalières (pendant au plus 1095 jours) (franchise 30 jours : 4 jours si hospitalisation)	Cotisation annuelle TTC
(*) Formule réservée aux mineurs âgés de moins de 12 ans	15 250 € (**)	30 500 € (**)		6,30 €
	15 250 €	30 500 €	8 € / Jour	7,70 €
	30 500 €	61 000 €		20,60 €
(**) Seule formule pouvant être souscrite par les personnes âgées de plus de 60 ans	30 500 €	61 000 €	16 € / Jour	12,00 €
	45 750 €	91 500 €		38,00 €
	76 250 €	152 500 €	38 € / Jour	16,40 €
				89,80 €

Nom : _____ Prénoms : _____
N° de licence : _____ Date de naissance : _____
Adresse : _____
Code Postal : _____ Ville : _____ Téléphone : _____
Profession (nature exacte) : _____
Club d'appartenance : _____

Je soussigné(e) déclare avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information du contrat « SPORTMUT » ayant pour objet de proposer des garanties complémentaires en cas de dommage corporel suite à un accident de sport en sus du régime de prévoyance de base dont je suis déjà bénéficiaire auprès de la M.D.S. de par ma licence à la F.F.H.M.F.A.C.

J'ai décidé d'adhérer à SPORTMUT de ne pas y adhérer

Désignation du bénéficiaire en cas de décès de l'assuré :

Mon conjoint non divorcé, non séparé de corps par jugement, à défaut par parts égales mes enfants nés ou à naître, à défaut mon concubin notoire ou mon partenaire lié par un pacte civil de solidarité, à défaut mes héritiers légaux, à défaut le Fonds National de solidarité et d'Actions Mutualistes.

Autres dispositions : _____

Je certifie sur l'honneur ne pas être atteint(e) d'une infirmité ou d'un handicap. Au cas contraire prendre contact avec la M.D.S. Je suis informé(e) que les renseignements contenus dans ce formulaire peuvent faire l'objet d'un traitement informatique et que je possède un droit d'accès et de rectification (Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés). Ce droit peut être exercé à l'adresse de la M.D.S.

Fait à _____, le _____ Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »)

Cachet du club