



Notice d'Information  
Assurances Individuelle Accident des  
licenciés

Saison 2025/2026



La présente notice d'information constitue un résumé des conditions du contrat N°AU606118. Elle ne saurait se substituer aux Dispositions Particulières et aux Dispositions Générales GA0023D, seules juridiquement opposables.

## DISPOSITIONS COMMUNES

### Article 1. OBJET

Le présent contrat a pour objet de garantir les conséquences des accidents corporels dont pourraient être victimes les Assurés définis ci-dessous à l'article III des Dispositions Particulières AU606118, pendant la durée de validité du contrat, dans le cadre des garanties prévues aux Dispositions Particulières et aux Dispositions Générales GA0023D.

### Article 2. CHAMP D'APPLICATION DES GARANTIES

Au titre des garanties d'assurance, sont considérés comme Assurés, les personnes physiques suivantes :

- Tout adhérent d'une association affiliée titulaire d'une licence fédérale en vigueur ou en cours d'établissement ;
- Les personnes titulaires d'un titre de participation notamment les « carte savate » ;
- Le personnel de la FFSBF ;
- Les dirigeants de la FFSBF ;
- Les participants à une séance d'essai, à une journée de promotion ou d'initiation encadrée par les personnes morales assurées ;
- Les bénévoles licenciés ou non, mandatés par les associations affiliées ;
- Les sportifs de haut niveau et/ou sélectionnés en Equipe de France ;
- Les participants étrangers, sur déclaration préalable auprès du courtier d'assurance AIAC ;
- Les membres des délégations Françaises.

On entend par dirigeants toutes les personnes licenciées à la FFSBF et régulièrement élues dans les instances fédérales, clubs et associations affiliés. Sont considérés comme dirigeants les membres élus du Comité Directeur de la FFSBF, des Ligues, Comités Départementaux, les délégués interrégionaux ainsi que les Présidents, Secrétaires Généraux et Trésoriers des clubs affiliés à la FFSBF.

#### Pour les activités suivantes :

La participation de l'Assuré aux activités suivantes :

**Pratiquer, organiser, enseigner et développer la Savate Boxe Française et les disciplines associées, ainsi que tous sports annexes et connexes pour lesquelles la FFSBF a reçu délégation du ministère des sports, et de manière générale toute nouvelle forme de pratique agréée ou développée par le Souscripteur et entrant dans son objet associatif, ainsi que la pratique d'autres disciplines sportives dans le cadre des entraînements et/ou préparations physiques encadrés par les personnes morales assurées, comprenant notamment l'organisation ou la participation :**

- A des manifestations sportives, des compétitions, officielles ou non, entraînements préparatoires sous réserve que les séances se déroulent sous le contrôle, ou la surveillance ou avec l'autorisation d'une personne morale assurée ;
  - Aux séances d'entraînements sur les lieux d'installations sportives appartenant ou mis à la disposition des assurés ou hors de ces lieux, mais dans ce dernier cas, sous réserve que ces séances se déroulent sous leur contrôle ou leur surveillance ou avec leur autorisation ;
  - A toutes épreuves ou manifestations caritatives organisées notamment dans le cadre du Téléthon ou autres actions à but humanitaire ;
- Aux passages de brevets d'état et autres diplômes d'enseignement ou d'arbitrage ;
- A la remise des coupes, des prix afférents aux compétitions, qu'elles soient réalisées à la clôture de la compétition ou en différé ;
  - A des actions de promotion et/ou propagande, notamment démonstrations, exhibitions, défilés, soirées de gala, organisés par l'Assuré, ou toute autre personne mandatée par lui ;
  - A des stages d'initiation, ou de perfectionnement organisés ou agréés par l'Assuré, ou toute autre personne mandatée par lui, quel que soit le sport ou l'activité pratiqué ;
  - La réalisation de prestations de services pour le compte de collectivité ou de toute autre structure non affiliée FFSBF, dans le but d'animer et/ou de promouvoir les activités sportives assurées comme vecteur de lien social et d'amélioration de la santé publique et plus généralement de promouvoir les activités fédérales ;

- L'hébergement et la restauration des hôtes et invités de l'Assuré aux manifestations sportives et/ou compétitions et/ou stages d'initiations et de perfectionnement.

**L'exercice d'autres activités dans le cadre fédéral, même si celles-ci ne relèvent pas directement du domaine sportif, et notamment :**

- Toutes réunions en tous lieux, y compris à l'étranger, organisées par les assurés ou toutes autres organisations auxquelles le Souscripteur doit être affilié comme notamment la Fédération Internationale ou Européenne ou territoriale ;
  - Les manifestations culturelles, récréatives, amicales, notamment parties de cartes, bals, voyages, banquets, sorties ;
- Toutes actions administratives, logistiques, informatiques et autres.

- Et toutes activités annexes et connexes aux activités énumérées ci-dessus à l'exception des sports ou des activités suivantes :

**CATCH ET AUTRES SPORTS DE COMBAT (AUTRES QUE LA SAVATE BOXE FRANCAISE), SPELEOLOGIE, CHASSE ET PLONGEE SOUS-MARINE, MOTONAUTISME, YACHTING A PLUS DE 5 MILLES DES COTES, SPORTS AERIENS, SPORTS MOTORISES, ALPINISME, VARAPPE, HOCKEY SUR GLACE, SAUT A SKI.**

Les garanties s'exercent dans le Monde entier hors pays suivants :

**AFGHANISTAN, IRAK, LYBIE, MALI, NIGERIA, SYRIE, SOMALIE, TCHAD, TCHETCHENIE, YEMEN, CUBA, ERYTHREE, IRAN, COREE DU NORD, SOUDAN, UKRAINE, RUSSIE, TERRITOIRES PALESTINIENS, ISRAEL.**

#### EXCLUSIONS TERRITORIALES

**SONT EXCLUS LES PAYS, QUI, A LA DATE DE DEPART EN DEPLACEMENT, SONT EN ETAT DE GUERRE CIVILE OU ETRANGERE, D'INSTABILITE POLITIQUE NOTOIRE, OU SUBISSANT DES CATASTROPHES NATURELLES, DES MOUVEMENTS POPULAIRES, EMEUTES, ACTES DE TERRORISME, REPRESAILLES, RESTRICTION A LA LIBRE CIRCULATION DES PERSONNES ET DES BIENS (QUEL QU'EN SOIT LE MOTIF, NOTAMMENT SANITAIRE, DE SECURITE, METEOROLOGIQUE, ETC.), OU DESINTEGRATION DU NOYAU ATOMIQUE, OU TOUTE IRRADIATION PROVENANT D'UNE SOURCE D'ENERGIE PRESENTANT UN CARACTERE DE RADIOACTIVITE.**

### Article 3. DECLARATION D'ACCIDENT - OBLIGATIONS DE L'ASSURE

En cas de sinistre, l'Assuré est tenu de le déclarer auprès d'AIAC COURTAGE :

- En ligne sur le site internet de la Fédération, rubrique assurance ;
- A l'aide du lien suivant : [déclaration d'accident](#) ;
- Par écrit à l'adresse suivante : AIAC, 14 rue de Clichy, 75009 Paris.

L'Assuré doit :

- Effectuer sa déclaration dans un délai de **5 jours ouvrés** à partir du moment où il en a eu connaissance et dans un délai de 30 jours ouvrés en cas de décès ;
- Déclarer à l'Assureur, dans les 10 jours suivants la déclaration de la survenance de l'événement assuré, toutes autres assurances à caractère indemnitaire qui peuvent permettre la réparation de préjudices garantis par le présent contrat ;
- Transmettre dès réception à l'Assureur tous avis, correspondances ou actes judiciaires se rapportant au sinistre.

La déclaration mentionnera :

- Le numéro du présent contrat ;
- La date de l'accident.

**Si ces délais ne sont pas respectés, sauf cas fortuit ou de force majeure, la garantie ne sera pas acquise, dès lors que le retard aura causé un préjudice à l'Assureur.**

Selon quelles modalités : Soit par écrit, soit verbalement contre récépissé, au Siège ou chez le Représentant de la Compagnie dont l'adresse figure aux Dispositions Particulières.

Les renseignements à transmettre à l'Assureur : L'Assuré doit fournir à l'Assureur tous les renseignements sur la date, le lieu, les causes et circonstances de l'accident, ainsi que les conséquences connues ou supposées :

- Les nom, prénom, date de naissance et domicile de l'Assuré,

- Sa qualité à l'égard du souscripteur lui permettant de bénéficier des garanties souscrites par ce dernier,
- Les noms et adresses des témoins, ou de l'auteur de l'accident, s'il y a lieu,
- Tous les documents tels que certificats médicaux, arrêts de travail, etc. nécessaires à l'évaluation du sinistre et au calcul des sommes que l'Assureur pourrait être amené à verser, sous pli confidentiel à l'attention du service médical de l'Assureur,
- Le rapport de police ou de gendarmerie, s'il y a lieu, ainsi que tous documents nécessaires à l'instruction du dossier.

En cas de décès, le ou les bénéficiaires doivent adresser à l'Assureur l'acte de décès, une photocopie du livret de famille, un certificat médical précisant la cause du décès et, si besoin, l'origine de cette cause, une copie du rapport de police ou de gendarmerie.

**Si l'Assuré ou les bénéficiaires ne respectent pas tout ou partie des obligations ci-dessus, sauf cas fortuit ou de force majeure, l'Assureur serait en droit de lui réclamer une indemnité égale au préjudice qui en sera résulté pour lui.**

#### Article 4. SUBROGATION

Conformément à la réglementation en vigueur, l'Assureur est subrogé, jusqu'à concurrence des indemnités versées, dans les droits et actions de l'Assuré ou des bénéficiaires contre tout responsable de l'accident et son Assureur à hauteur des sommes que l'Assureur a versé au titre du présent contrat.

**La garantie ne jouera plus en faveur de l'Assuré ou celle des bénéficiaires si, de leur fait, l'Assureur ne peut plus exercer ce recours pour récupérer les indemnités déjà versées.**

#### Article 5. CUMUL DES GARANTIES

Si les risques couverts par le présent contrat sont couverts par une autre assurance, le Souscripteur ou le Bénéficiaire doivent Nous informer du nom de l'assureur auprès duquel une autre assurance a été souscrite (article L121-4 du Code des assurances) dès que cette information a été portée à votre connaissance et au plus tard lors de la déclaration de sinistre.

#### Article 6. EXAMEN DES RECLAMATIONS – GARANTIES INDIVIDUELLE ACCIDENT

Pour toute réclamation relative à la gestion de son contrat, ses cotisations ou encore ses sinistres, l'Assuré doit s'adresser prioritairement à son interlocuteur habituel qui est en mesure de lui fournir toutes informations et explications.

S'il ne reçoit pas une réponse satisfaisante, l'Assuré peut adresser sa réclamation écrite (mentionnant les références du dossier concerné et accompagnée d'une copie des éventuelles pièces justificatives) à :

**Generali**  
Service Réclamations  
TSA 70100  
75309 Paris Cedex 09  
[servicereclamations@generali.fr](mailto:servicereclamations@generali.fr)

Generali accusera réception de sa demande et y répondra dans les meilleurs délais. Si l'Assuré a souscrit son contrat par le biais d'un Intermédiaire et que sa demande relève du devoir de conseil et d'information de ce dernier ou concerne les conditions de commercialisation de son contrat, sa réclamation doit être exclusivement adressée à cet Intermédiaire.

La procédure ci-dessus ne s'applique pas si une juridiction a été saisie du litige, que ce soit par l'Assuré ou par l'Assureur.

#### Article 7. MEDIATION

En qualité de membre de la Fédération Française de l'Assurance, Generali applique la Charte de la Médiation mise en place au sein de cette Fédération.

La demande par notre service réclamations, l'Assuré peut saisir la Médiation de la FFA :

- Soit en écrivant à :

La Médiation de l'Assurance  
TSA 50110  
75441 Paris Cedex

- Soit en déposant une demande en ligne à l'adresse :

<http://www.mediation-assurance.org>

L'Assureur précise cependant que le Médiateur ne peut être saisi qu'après que le Service Réclamations ait été saisi de la demande de l'Assuré et y ait apporté une réponse. La saisine du Médiateur n'est possible que dans la mesure où la demande de l'Assuré n'a pas été soumise à une juridiction.

#### Article 8. INFORMATION SUR LE TRAITEMENT DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL DE L'ASSURE - GENERALI IARD

GENERALI IARD est responsable de traitement.

**GENERALI IARD** : Société anonyme au capital de 94 630 300 euros,

Entreprise régie par le code des assurances - 552 062 663 RCS Paris, Siège social : 2 rue Pillet-Will - 75009 Paris - Téléphone : 01 58 38 80 00.

Société appartenant au Groupe Generali, immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

**Finalités du traitement des données à caractère personnel** : Les données traitées ont pour finalité de satisfaire à la demande de l'Assuré\* et de permettre la réalisation de mesures précontractuelles, d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat, y compris des mesures de prévention en lien avec ce contrat.

A ce titre, elles pourront être utilisées à des fins de recouvrement, d'études statistiques et actuarielles, d'exercice de recours, de gestion des réclamations et contentieux, d'examen, d'appréciation, de contrôle et de surveillance du risque, et de respect des obligations légales, réglementaires et administratives. Ces informations pourront également être utilisées comme explicité ci-dessous pour des besoins de prospection commerciale sous réserve du consentement de l'Assuré ou de son droit d'opposition, ainsi que pour permettre la lutte contre la fraude à l'assurance.

**Les bases juridiques des traitements correspondant à ces finalités sont les suivantes :**

Bases juridiques	Finalités de traitement
Exécution du contrat / de l'adhésion ou de mesures précontractuelles Consentement pour les données de santé collectées dans le cadre de la souscription de garanties spécifiques	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Réalisation de mesures précontractuelles telles que l'obligation d'information, délivrance de conseil, devis ...</li> <li>2. Réalisation d'actes de souscription / d'adhésion, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat</li> <li>3. Recouvrement</li> <li>4. Exercice des recours</li> <li>5. Gestion des réclamations et contentieux</li> <li>6. Prise de décision automatisée y compris le profilage lié à la souscription / l'adhésion ou l'exécution du contrat / de l'adhésion. Certaines données peuvent entraîner des décisions sur la souscription / l'adhésion et l'exécution du contrat / de l'adhésion, notamment la tarification, l'ajustement des garanties</li> <li>7. Examen, appréciation, contrôle et surveillance du risque</li> </ol>
Obligations légales	<ol style="list-style-type: none"> <li>8. Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme</li> <li>9. Respect de toute obligation légale, réglementaire et/ou administrative</li> </ol>
Intérêt légitime	<ol style="list-style-type: none"> <li>10. Lutte contre la fraude, si besoin au moyen de techniques de ciblage et de profilage, afin de protéger les intérêts de l'ensemble des parties non-fraudeuses au contrat / de l'adhésion.</li> <li>11. Etudes statistiques et actuarielles.</li> <li>12. Prospection commerciale et profilage lié à la prospection commerciale, y compris si votre intermédiaire est un agent général GENERALI, afin de vous permettre de bénéficier d'une couverture d'assurance aussi complète que possible et de bénéficier de produits ou services contribuant à vos besoins de protection.</li> <li>13. Amélioration continue des offres.</li> </ol>

	14.	Amélioration continue des process, notamment, la recherche des assurés et des bénéficiaires, au moyen de confrontation de données en vue de fiabiliser nos bases de données à caractère personnel et le renforcement de la connaissance des clients à risques au niveau du Groupe Generali.
Traitement des données de santé à des fins de protection sociale	15. 16. 17.	Versement des prestations pour les contrats suivants : Remboursement de frais de soins Prévoyance complémentaire Retraite supplémentaire

**Informations complémentaires dans le cadre du traitement des données à caractère personnel concernant l'Assuré et non collectées auprès de lui :**

**Catégorie de données susceptibles d'être transmises à l'Assureur :**

- État civil, identité, données d'identification
- Données de localisation (déplacements, données GPS, GSM, etc.)
- Informations d'ordre économique et financier (revenus, situation financière, situation fiscale, etc.)
- Numéro d'identification national unique

**Source d'où proviennent les données à caractère personnel :** Ces données peuvent émaner d'organismes professionnels contribuant à la gestion des contrats d'assurance, d'autres organismes d'assurance et de toute autorité administrative.

Les données utilisées à des fins de prospection commerciale peuvent également être obtenues dans le cadre d'opérations de parrainage ou de la part d'organismes autorisés.

**Destinataires ou catégories de destinataires des données à caractère personnel :**

Les données à caractère personnel concernant l'Assuré pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus, aux entités du Groupe GENERALI ainsi qu'aux partenaires, intermédiaires, réassureurs et assureurs concernés, organismes professionnels, organismes sociaux des personnes concernées, aux sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaire à la réalisation des tâches leur incombant ou qui leur sont confiées. Par ailleurs, en vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires, GENERALI IARD pourra communiquer des données à caractère personnel à des autorités administratives et judiciaires légalement habilitées.

Au titre de la prévention de la lutte anti-blanchiment et du financement du terrorisme, ces données pourront également être partagées entre les entités juridiques du Groupe GENERALI pouvant se situer au sein et hors de l'Union Européenne, aux fins d'enrichir leurs processus de filtrage locaux et de mettre en œuvre une approche commune sur la classification des risques clients dans l'ensemble du Groupe GENERALI.

**Localisation des traitements des données personnelles de l'Assuré :** Le Groupe GENERALI France a adopté des normes internes en matière de protection des données et de sécurité informatique afin de garantir la protection et la sécurité des données de l'Assuré.

Aujourd'hui, les data centers du Groupe GENERALI sur lesquels sont hébergées ces données sont localisés en France, en Italie et en Allemagne.

S'agissant des traitements réalisés hors du Groupe GENERALI France par des partenaires externes, une vigilance toute particulière est apportée quant à la localisation des traitements, leur niveau de sécurisation (opérationnel et technique) et le niveau de protection des données personnelles du pays destinataire, afin de garantir un niveau de protection optimal.

Les traitements réalisés aujourd'hui hors de l'Espace Economique Européen concernent des traitements liés à certains types d'actes de gestion, l'envoi ponctuel d'e-mails ou de SMS, la supervision d'infrastructures ou la maintenance de certaines applications. Ces traitements opérés depuis des pays tiers font l'objet d'un encadrement juridique conforme à la réglementation (Clauses Contractuelles Types, Règles d'entreprise contraignantes).

Ces documents sont disponibles sur demande écrite auprès du Délégué à la Protection des Données du Groupe GENERALI France, à l'adresse suivante : [droitdaces@generalifrance.fr](mailto:droitdaces@generalifrance.fr)

**Durée de conservation :** Les données à caractère personnel de l'assuré sont conservées par GENERALI IARD selon les durées fixées par les législations, les réglementations applicables et les autorités administratives ainsi que ses contraintes opérationnelles, dont notamment la satisfaction de ses obligations

comptables, la gestion pertinente de la relation client, l'instruction d'actions en justice ou de demandes émanant d'organismes publics.

**Exercice des droits :** Dans le cadre du traitement que l'Assureur effectue, l'Assuré dispose dans les conditions prévues par la réglementation :

- D'un droit d'accès : Droit de prendre connaissance des données personnelles le concernant dont l'assureur dispose et demander que l'assureur lui en communique l'intégralité.
- D'un droit de rectification : droit de demander à corriger ses données personnelles notamment en cas de changement de situation.
- D'un droit de suppression : droit de demander la suppression de ses données personnelles notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires ou lorsqu'il retire son consentement au traitement de certaines données sauf s'il existe un autre fondement juridique à ce traitement.
- Du droit de définir des directives relatives au sort de ses données personnelles en cas de décès.
- D'un droit à la limitation du traitement : droit de demander à l'Assureur de limiter le traitement de ses données personnelles.
- D'un droit à la portabilité des données : droit de récupérer dans un format structuré les données qu'il a fournies à l'Assureur lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsqu'il a consenti à l'utilisation de ces données. Ces données peuvent être transmises directement au responsable de traitement de son choix lorsque cela est techniquement possible.
- D'un droit de retrait : droit de retirer le consentement donné pour un traitement fondé sur cette base. Ce retrait vaut pour l'avenir et ne remet pas en cause la licéité des traitements déjà effectués. Il est susceptible de rendre l'exécution du contrat impossible sans être pour autant une cause de résiliation reconnue par le droit des assurances.
- D'un droit d'opposition : droit de s'opposer au traitement de ses données personnelles, notamment concernant la prospection commerciale et plus généralement les finalités de traitement ayant pour base légale l'intérêt légitime.

L'Assuré peut exercer ses droits sur simple demande à l'adresse suivante :

**GENERALI IARD**

Conformité

Délégué à la protection des données personnelles

TSA 70100

75309 Paris Cedex 09

Ou à l'adresse électronique : [droitdaces@generalifrance.fr](mailto:droitdaces@generalifrance.fr)

Il pourra être demandé à l'Assuré de justifier de son identité si l'Assureur ne parvient pas à l'identifier de façon certaine.

**Cas spécifique dans le cadre du démarchage téléphonique :** Si l'Assuré est un consommateur et qu'il ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, il peut s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site internet [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr).

L'Assureur pourra cependant toujours le contacter, directement, ou par l'intermédiaire d'un tiers agissant pour son compte, concernant son contrat, ou pour lui proposer des produits ou services afférents ou complémentaires à celui-ci ou de nature à l'améliorer.

**Profilage et prise de décision automatisée :** Dans le cadre de la souscription et l'exécution du contrat, les risques à assurer peuvent, à partir d'informations concernant l'Assuré ou concernant ses biens, être appréciés et quantifiés suivant des traitements automatisés ou faire intervenir des éléments de profilage le concernant. De tels traitements peuvent avoir un impact sur la tarification ou l'ajustement des garanties. L'Assuré dispose du droit d'obtenir une intervention humaine de la part du responsable du traitement, d'exprimer son point de vue et de contester la décision. L'Assuré peut exercer ces droits à l'adresse mentionnée pour l'exercice de ses droits.

**Droit d'introduire une réclamation concernant le traitement des données à caractère personnel de l'Assuré :** Par ailleurs, l'Assuré peut introduire une réclamation concernant le traitement de ses données à caractère personnel auprès de la :

**Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés**

3 Place de de Fontenoy TSA 80715

75334 Paris Cedex 07

**Propection :** Certaines données concernant l'Assuré ou concernant les risques à assurer sont collectées par les entités du Groupe GENERALI et/ou par l'agent général de l'Assuré (si son intermédiaire intervient en cette qualité). Elles peuvent ou pourront entraîner des décisions automatisées ou fondées sur le profilage, consistant notamment à lui adresser certaines offres commerciales : dans le cadre d'opérations de prospection commerciale, et/ou afin de lui permettre de bénéficier d'une couverture d'assurance aussi complète que possible et de bénéficier de produits ou services contribuant à ses besoins de protection en matière d'assurance.

L'Assuré dispose d'un droit d'opposition à recevoir des offres commerciales ainsi que du droit de s'opposer au profilage de ses données lié à la prospection qu'il peut exercer auprès du Délégué à la Protection des Données Personnelles dont les coordonnées sont communiquées ci- dessous.

**Coordonnées du Délégué à la Protection des Données Personnelles :** Pour toute demande, l'Assuré peut contacter le Délégué à la Protection des Données Personnelles à l'adresse suivante :

**GENERALI IARD**  
Conformité  
Délégué à la Protection des Données Personnelles  
TSA 70100  
75309 Paris Cedex 09

Ou à l'adresse électronique : [droitdaces@generali.fr](mailto:droitdaces@generali.fr)  
Pour plus d'information sur notre politique en matière de cookies, l'Assureur vous invite à consulter son site : <https://www.generali.fr/cookies>.

## Article 9. AUTORITE DE CONTROLE

L'autorité chargée du contrôle est :

**L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution**  
ACPR  
4 place de Budapest  
CS 92459  
75436 Paris Cedex 09

## Article 10. EXCLUSIONS

**SONT EXCLUS :**

- LE SUICIDE OU LA TENTATIVE DE SUICIDE, AINSI QUE LES ACCIDENTS CORPORELS QUE L'ASSURE PROVOQUE INTENTIONNELLEMENT.
  - LES ACCIDENTS CORPORELS DONT LES ASSURES SERAIENT LES VICTIMES DU FAIT DE LEUR PARTICIPATION A UN CRIME OU A UN DELIT INTENTIONNEL, EN ETAT DE DELIRE ALCOOLIQUE OU D'IVRESSE MANIFESTE, OU S'IL S'AVERE QU'AU MOMENT DE L'ACCIDENT, ILS AVAIENT UN TAUX D'ALCOOLEMIE EGAL OU SUPERIEUR AU TAUX LEGAL EN VIGUEUR DANS LE PAYS OU A EU LIEU L'ACCIDENT.
- TOUTEFOIS, LA GARANTIE DE L'ASSUREUR RESTERAIT ACQUISE S'IL ETAIT ETABLI QUE L'ACCIDENT EST SANS RELATION AVEC CET ETAT.
- DU FAIT DE L'USAGE DE STUPEFIANTS QUI NE SERAIT PAS PRESCRITS MEDICALEMENT.
- DU FAIT DES ARMES OU ENGINES DESTINES A EXPLOSER PAR MODIFICATION DE STRUCTURE DU NOYAU DE L'ATOME.
- SI LA PERSONNE ASSUREE PERD LA VIE PAR LE FAIT INTENTIONNEL D'UN BENEFICIAIRE, CE DERNIER EST DECHU DE TOUT DROIT SUR LE CAPITAL ASSURE, QUI RESTERA NEANMOINS PAYABLE AUX AUTRES BENEFICIAIRES OU AYANTS DROITS.
- LES FRAIS DE SEJOUR ET DE CURE DANS LES STATIONS BALNEAIRES, THERMALES ET CLIMATIQUES.
- LES FRAIS DE SEJOUR EN MAISON DE REPOS OU DE CONVALESCENCE.
- LES ACCIDENTS SURVENANT A L'OCCASION DE LA PRATIQUE DES SPORTS A RISQUES SUIVANTS, Y COMPRIS DANS LE CADRE DES SPORTS ANNEXES ET CONNEXES AINSI QUE DURANT LES STAGES : CATCH ET AUTRES SPORTS DE COMBAT (AUTRES QUE LA SAVATE BOXE FRANCAISE), SPELEOLOGIE, CHASSE ET PLONGEE SOUS-MARINE, MOTONAUTISME, YACHTING A PLUS DE 5 MILLES DES COTES, SPORTS AERIENS, SPORTS MOTORISES, ALPINISME, VARAPPE, HOCKEY SUR GLACE, SAUT A SKI.
- LES CONSEQUENCES DIRECTES ET INDIRECTES DE LA MALADIE.

- LES ACCIDENTS CORPORELS OCCASIONNES PAR LES CATACLYSMES, TREMBLEMENTS DE TERRE OU INONDATIONS.
- LES ACCIDENTS CORPORELS OCCASIONNES PAR LA GUERRE CIVILE OU ETRANGERE.
- LES ACCIDENTS RESULTANT DE TOUTE MANIFESTATION DIRECTE OU INDIRECTE DE LA DESINTEGRATION DU NOYAU ATOMIQUE.

- LES CONSEQUENCES POUVANT RESULTER POUR LE BENEFICIAIRE DES GARANTIES DES SOINS REÇUS, DES TRAITEMENTS SUIVIS OU D'INTERVENTIONS CHIRURGICALES NON CONSECUTIFS A UN ACCIDENT CORPOREL GARANTI ;

- LES AFFECTIONS OU LESIONS DE TOUTE NATURE QUI NE SONT PAS LA CONSEQUENCE DE L'EVENEMENT ACCIDENTEL DECLARE OU QUI SONT IMPUTABLES A UNE MALADIE.

LA MALADIE N'ENTRE PAS DANS LE CHAMP D'APPLICATION DU PRESENT CONTRAT, SAUF SI ELLE TROUVE SON ORIGINE DANS UN ACCIDENT CORPOREL. SONT NOTAMMENT REPUTES RELEVER D'UNE MALADIE, LES LESIONS INTERNES SUIVANTES :

- LES AFFECTIONS MUSCULAIRES, ARTICULAIRES, TENDINEUSES ET DISCALES, TELLES QUE PATHOLOGIES VERTEBRALES, RUPTURES MUSCULAIRES ET TENDINEUSES,
- LES AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES ET VASCULAIRES CEREBRALES,
- LES AFFECTIONS VIRALES, MICROBIENNES ET PARASITAIRES SAUF CAS DE RAGE ET DE CHARBON CONSECUTIFS A DES MORSURE OU PIQURES.

TOUTEFOIS, LORSQU'ILS NE SONT PAS CONSECUTIFS A UN ETAT ANTERIEUR CONNU OU INCONNU DU BENEFICIAIRE DES GARANTIES, DEMEURENT COUVERTS LES CLAQUAGES, LUMBAGOS, TOUR DE REINS, DECHIRURES MUSCULAIRES, LES RUPTURES TENDINEUSES AINSI QUE LES MALAISES CARDIAQUES OU VASCULAIRES CEREBRAUX SURVENUS A L'OCCASION DES ACTIVITES SPORTIVES OU PENDANT LA PHASE DE RECUPERATION.

## 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 à l'article 2.**

### Article 11. PRISE D'EFFET DES GARANTIES

**Pour les licenciés**

**Nouvelle licence :** Par « nouvelle licence », il faut entendre une licence octroyée à une personne qui n'était pas licenciée l'année précédente et dont l'adhésion est enregistrée de manière officielle, après le 1er juin, par une structure agréée et autorisée à distribuer des licences fédérales (GSA, comité départemental, ligue régionale, fédération).

La garantie d'assurance est accordée dès le jour de l'envoi par le club de la demande de licence à la Fédération, la Ligue régionale ou le Comité départemental.

**Renouvellement de la licence :**

La garantie est automatiquement reconduite au 1er septembre de chaque année pour les licenciés de l'exercice précédent et ce jusqu'au 1er novembre, date à laquelle ils devront avoir pris leur licence de la saison en cours.

### « Carte savate » - Titres de participation

Les détenteurs d'une « carte savate » (ou de tout autre titre de participation développé par la FFSBF) bénéficient de la garantie de base du contrat d'assurance fédéral de la FFSBF. La garantie est accordée exclusivement lors de la pratique des activités pour lesquelles la « carte savate » (ou tout autre titre de participation) est délivrée.

**Pour que cette garantie soit effective, les Groupements sportifs affiliés devront respecter la procédure de déclaration « Cartes savate » auprès de la FFSBF (bordereau d'inscription dûment complété et enregistrement sur le site FFSBF). Les différents titres et leur modalité de fonctionnement devront être déclarés à l'assureur.**

## Article 12. GARANTIES

### Décès suite à 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 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 8 000 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'obsèques et/ou de sépulture

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.

### Indemnités journalières en cas de coma suite accident

Si à la suite d'un accident et, sous réserves des exclusions prévues, un Assuré est plongé dans le coma pendant une période ininterrompue de plus de 10 jours, l'assureur versera au(x) bénéficiaire(s), au terme de ce délai, une avance sur capital prévu au titre des Garanties Décès Accidentel ou Invalidité Permanente Totale ou Partielle. Il s'agit d'une indemnité à compter du 10ème jour de coma et pendant une durée maximale de 365 jours égale au montant indiqué au tableau de garantie ci-dessus.

En cas de décès ultérieur de l'Assuré, consécutif à cet accident, l'Assureur versera au(x) bénéficiaire(s) le solde du capital prévu.

En cas de survie de l'Assuré cette avance lui restera acquise.

En cas d'infirmité totale ou partielle, consécutive à cet accident, l'Assureur versera à l'assuré le solde du capital prévu.

Définition du « coma » :

Le coma est l'état caractérisé par la perte partielle ou totale de la conscience, notamment à la suite d'un traumatisme crânien, qui empêche l'Assuré d'établir toute communication réceptive et expressive avec le milieu environnant. Cet état de coma, établi médicalement, doit être la conséquence d'un accident garanti.

### Invalidité permanente suite à accident

Le versement d'un capital lorsque l'accident garanti entraîne une invalidité permanente totale ou partielle.

Le capital est versé par l'Assureur après la date de la consolidation. Il est déterminé en multipliant le montant du capital mentionné au Tableau de garanties et des franchises applicables en cas de sinistre par le taux d'invalidité permanente totale ou partielle déterminé conformément au « barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité permanente du Concours Médical » et à ses conditions d'application.

Si la garantie souscrite prévoit une franchise relative d'invalidité, celle-ci sera appliquée sur le taux résultant du barème ci-dessus.

Le barème sera appliqué en faisant abstraction du taux d'invalidité éventuellement préexistant dès lors que cette invalidité préexistante n'est pas la conséquence d'un accident pris en charge par l'Assureur. **Seule la majoration du taux d'invalidité imputable à l'accident garanti sera prise en compte.**

Le montant de l'indemnité est déterminé par l'application du taux d'infirmité (défini par application du barème de référence) au capital maximum garanti, diminué du montant exprimé en pourcentage de la franchise.

Pour toute invalidité supérieure ou égale à 60%, le calcul de l'invalidité sera effectué sur le capital doublé.

Pour les athlètes de haut niveau ou enseignants, le capital doublé est versé à 100% si l'invalidité est supérieure ou égale à 60%.

### Aménagement du domicile et/ou du véhicule

En cas d'accident entraînant une invalidité permanente totale ou une invalidité permanente partielle supérieure à 33% garantie, l'Assureur rembourse 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 permanente totale ou partielle.

### Indemnités journalières suite à accident

Le versement de l'indemnité journalière mentionnée au Tableau de garanties et des franchises applicables en cas de sinistre lorsque l'accident garanti entraîne une incapacité temporaire totale.

L'indemnité journalière sera versée à la victime pendant la durée de l'incapacité temporaire totale après une période de franchise en jours mentionnée au Tableau de garanties et des franchises applicables en cas de sinistre.

Cependant, ce versement ne pourra aller, pour chaque accident, au-delà de la durée figurant au Tableau de garanties et des franchises applicables en cas de sinistre, ni de la date de la consolidation de l'état de l'Assuré en cas d'Invalidité Permanente totale ou partielle.

Si l'accident garanti entraîne une hospitalisation de plus de 3 jours, l'indemnité journalière sera garantie dès le premier jour de l'hospitalisation, dans la limite de la durée maximum mentionnée aux Dispositions Particulières. La garantie s'applique également à l'hospitalisation à domicile telle que définie par le Code de la santé publique et prescrite par un médecin hospitalier.

En dehors de l'Europe Occidentale, la garantie Indemnité Journalière suite à Accident ne joue que pendant la durée d'hospitalisation. L'Europe Occidentale se définit comme l'Europe à l'exclusion de l'Albanie, la Bulgarie, la Hongrie, la Pologne, la Roumanie, les républiques Tchèque et Slovaque et les territoires de l'ex-URSS.

La reprise, même partielle, de ses activités professionnelles, par l'Assuré, interrompt le versement de l'indemnité journalière.

### SONT EXCLUS :

1. LES SEJOURS DANS CERTAINS ETABLISSEMENTS SPECIALISES : MAISONS DE REPOS, DE PLEIN AIR, DE CONVALESCENCE, DE DIETETIQUE, DE RETRAITE, SANATORIUM, AERIUM, PREVENTORIUM, CENTRES DE REEDUCATION PROFESSIONNELLE, MAISONS DE RETRAITE ET CENTRES OU SERVICES DE MOYEN ET DE LONG SEJOUR ;
2. LES CURES THERMALES ET DE THALASSOTHERAPIE, CURES DE RAJEUNISSEMENT, DE DESINTOXICATION, DE SOMMEIL ;
3. LES TRAITEMENTS ESTHETIQUES EXCEPTEE LA CHIRURGIE ESTHETIQUE LORSQU'ELLE EST DIRECTEMENT CONSECUTIVE A UN ACCIDENT GARANTI ;
4. LES SEJOURS PSYCHIATRIQUES DANS LES HOPITAUX, CLINIQUES ET SERVICES.

Les garanties sont acquises uniquement pour :

- les Assurés ayant souscrit l'OPTION 1 ou 2 en garantie complémentaire individuelle selon montants de garantie de l'option correspondants,
- les Sportifs de haut niveau, selon montants de garanties correspondants,
- les joueurs(ses) sélectionnés(ées) en équipe de France, selon montants de garanties correspondants et modalités spécifiques prévus.

Lorsque l'Assuré a été en incapacité temporaire totale de travail à la suite d'un accident, l'Assureur verse une indemnité à concurrence du montant indiqué au tableau GARANTIES COMPLEMENTAIRES INDIVIDUELLES :

- dans la limite de la perte de revenus réelle : pertes de salaire, prime et autre manque à gagner, sur présentation de justificatifs et sous déduction des indemnités versées par le(s) régime(s) de prévoyance et de celles attribuées au titre de la loi sur la mensualisation et de la convention collective applicable,
- après une période ininterrompue d'arrêt total de travail appelée période de franchise absolue fixée à 10 jours,
- pendant au maximum 365 jours.

L'indemnité journalière cesse d'être versée à la date de consolidation de l'assuré.

#### Remboursement de soins de santé

**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 d'imagerie médicale,
  - 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 :
    - o D'une dent définitive,
    - o D'un appareil orthodontique,
    - o D'une prothèse auditive,
    - o D'une prothèse orthopédique ; dans ce cas, le remboursement est limité aux frais de premier appareillage,
  - Frais d'optique (monture et/ou verres et/ou lentilles) : en cas de bris directement imputable à un accident ayant causé une blessure médicalement constatée. Cette garantie ne s'applique pas aux verres qui seraient rayés.

#### 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.**

#### Modalités spécifiques :

- Sont remboursés les frais médicaux et d'hospitalisation non honorés avant leur départ par des athlètes et dirigeants étrangers à l'occasion d'un séjour en France pour des rencontres internationales amicales ou officielles,
- Les personnes bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle (CMU) au 1er euro à hauteur des frais médicaux,
- Les assurés ne bénéficiant d'aucun régime de prévoyance (Sécurité Sociale ou autre) verront leurs remboursements limités au montant du ticket modérateur et/ou au montant du forfait journalier.

#### 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 GA0023D, 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.

#### Bonus Santé

Au-delà des prestations de base au titre des frais de soins de santé, l'Assuré bénéficie d'un BONUS SANTE à concurrence d'un montant global maximal par accident de 750 € ou 1.500 € selon le niveau de couverture choisi. Ce BONUS SANTE 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 SANTE pour le remboursement, le cas échéant après intervention de ses régimes de prévoyance obligatoire et

complémentaire(s), 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 tels que téléphone, télévision 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 tous frais de santé prescrits par un médecin praticien.

#### Frais de remise à niveau scolaire

L'Assureur remboursera sur justificatif les frais de remise à niveau scolaire et universitaire (notamment les cours à domicile) engagés par le licencié étudiant victime d'un accident corporel l'empêchant de se rendre à ses cours réguliers. Les périodes de vacances ne sont pas prises en compte dans le calcul de la franchise.

#### Article 13. GARANTIES SPECIFIQUES POUR LES ATHLETES DE HAUT NIVEAU

Les athlètes de haut niveau ainsi que les athlètes sélectionnés(ées) en équipe de France bénéficient automatiquement de l'option 1 à la place de la garantie de base.

#### Article 14. SOUSCRIPTION DES OPTIONS 1 ET 2

Tout licencié du Souscripteur peut souscrire à titre individuel, à des garanties supérieures à la garantie de base en cas de dommage corporel à la suite d'un accident de sport : les options 1 ou 2 à la place des garanties de base. Les capitaux de la garantie de base et ceux des options 1 ou 2 ne s'additionnent pas.

Les montants de garantie dépendent de l'option souscrite : OPTION 1 ou OPTION 2.

L'ensemble des souscriptions des OPTIONS 1 et 2 s'effectue par le biais d'un formulaire de souscription disponible en ligne sur le site de la fédération ou à l'aide du lien suivant : [souscription d'une option complémentaire](#).

AIAC courtage, 14 rue de Clichy, 75311 Paris cedex 09

#### Article 15. EXTENSION AUX PARTICIPANTS ETRANGERS

Les participants étrangers (athlètes et dirigeants) présents sur le territoire français à l'invitation de la FFSBF ou d'un club affilié ou d'une structure déconcentrée, pour une compétition disposant à minima d'un label national pour les courses hors stade ou appartenant à minima au circuit national des meetings pour la piste, pourront être assurés au titre du présent contrat et bénéficieront des garanties de base réservées aux licenciés limitées aux frais médicaux, pharmaceutiques, chirurgicaux, d'hospitalisation. La prestation de l'assureur comprendra le montant que la Sécurité Sociale aurait pris en charge si le participant étranger y avait été affilié.

Pour que cette garantie soit effective, les organisateurs de la manifestation ou bien la « puissance invitante » devront dès que possible, et avant l'évènement, informer AIAC de l'arrivée de participants étrangers en indiquant le nombre et la durée du séjour.

Une liste nominative exhaustive devra être transmise à AIAC :

14, rue de Clichy – 75311 Paris cedex 09

Mail : [assurance-savate@aiac.fr](mailto:assurance-savate@aiac.fr).

L'intermédiaire d'assurance devra tenir un registre de ces souscriptions et les mettre à disposition de l'Assureur.

#### Article 16. CLAUSE DE NON-CUMUL DE LA GARANTIE INDIVIDUELLE ACCIDENTS ET RESPONSABILITE CIVILE

Lorsque l'accident met en jeu à la fois la garantie « Individuelle Accidents » et la garantie « Responsabilité Civile » 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 Accidents »

#### Article 17. DÉFINITIONS

##### Accident Corporel

Par accident corporel, il faut entendre toute atteinte corporelle non intentionnelle subie par la victime, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Toute mort subite dont les causes restent ignorées et intervenant au cours de la pratique de l'activité sportive, donne lieu au versement d'une indemnité décès. L'accident corporel se distingue ainsi de la maladie qui n'entre jamais dans le champ d'application du contrat, sauf si elle trouve son origine dans un accident corporel (toutefois, les maladies contagieuses ou parasitaires ne sont jamais garanties sauf cas de rage et de charbon consécutifs à des morsures ou piqûres). L'assureur considère également comme accidents corporels, les atteintes corporelles suivantes :

- L'empoisonnement, les lésions, causés par des substances vénéneuses ou corrosives ou par l'absorption d'aliments avariés ou de corps étrangers. Toutefois, exceptés ceux provenant de l'action criminelle de tiers, ces dommages ne sont pas garantis s'ils sont le résultat d'atteintes à évolution lente ;
- Les conséquences d'injections médicales mais seulement si elles ont été mal faites ou faites par erreur quant à la nature du produit injecté ;
- Les congélations, insulations ou asphyxies survenant par suite d'un évènement fortuit ;
- Les conséquences des interventions chirurgicales dans le seul cas où elles sont nécessitées par un accident garanti ;
- Les lésions causées par des radiations ionisantes si elles sont la conséquence d'un traitement auquel un assuré est soumis par suite d'un accident corporel garanti ;
- Les claquages, lumbagos, tour de reins, déchirures musculaires ainsi que les malaises cardiaques ou vasculaires cérébraux survenus au cours de l'activité sportive ou pendant sa phase de récupération lorsqu'ils ne sont pas consécutifs à un état antérieur connu ou inconnu du bénéficiaire des garanties, sauf pour les activités de traitement des maladies longue durée dans le cadre du dispositif sport sur ordonnance ;
- Les luxations, ruptures tendineuses ou musculaires, et en général toute blessure qui serait la conséquence directe de l'activité sportive.

##### Assuré

Les personnes ou catégories de personnes désignées comme telles aux Dispositions Particulières.

Sauf dérogation mentionnée aux Dispositions Particulières, les personnes âgées de 70 ans ou plus lors de la souscription de la garantie ne peuvent avoir la qualité d'Assuré.

##### Athlètes de Haut Niveau

On entend par Athlètes de Haut Niveau toutes les personnes licenciées à la FFSBF et régulièrement inscrites sur les listes des athlètes de haut niveau publiées par le Ministère des Sports ainsi que les effectifs des pôles France, les athlètes sélectionnés en équipe de France et finalistes des championnats nationaux individuels.

##### Bénéficiaires

Les bénéficiaires du capital en cas de décès sont :

- Le conjoint de l'Assuré non séparé de corps ou de fait, ou la personne vivant maritalement avec lui, ou son partenaire dans le cadre du Pacte Civil de Solidarité (PACS),
- À défaut, les enfants nés ou à naître de l'Assuré, vivants ou représentés, par parts égales entre eux,
- À défaut, les héritiers de l'Assuré.

#### *Consolidation (date de)*

Suite à l'accident garanti, date à partir de laquelle l'état de santé de l'Assuré est reconnu par l'Assureur comme ne pouvant plus être amélioré par traitement compte tenu des connaissances scientifiques et médicales.

#### *Enfants A Charge*

Les enfants sont considérés comme étant à charge dans les seuls cas énumérés ci-dessous :

- s'ils sont âgés de moins de 18 ans,
- s'ils ont plus de 18 ans et moins de 25 ans et qu'ils poursuivent leurs études. Les revenus ou rémunérations éventuellement perçus annuellement par ceux-ci devront être inférieurs au montant minimum imposable au titre de l'I.R.P.,
- s'ils sont infirmes (hors d'état de subvenir eux-mêmes à leurs besoins, quel que soit leur âge), et qu'ils perçoivent l'une des allocations prévues par La Loi du 30 juin 1975 sur les personnes handicapées, sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21ème anniversaire,
- s'ils ont été conçus nés viables dans les TROIS CENTS JOURS suivant la date de l'accident ayant entraîné le décès de l'ASSURE.

#### *État antérieur*

L'état antérieur est constitué des antécédents médicaux, chirurgicaux ou traumatiques d'un patient, ainsi que des facteurs de vulnérabilité qu'il peut présenter et des facteurs de risques qui peuvent être identifiés.

#### *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. En revanche, il sera indemnisé sans déduction de la franchise, si le sinistre dépasse celle-ci.

#### *Frais d'obsèques et de sépulture*

Frais d'obsèques et de sépulture de l'Assuré assumés par les proches de la victime à la suite de son décès et qui ont fait l'objet d'une facture.

#### *Incapacité temporaire totale*

État de la victime d'un accident garanti, se traduisant par une impossibilité médicale temporaire totale d'exercer l'activité qu'il exerce pour le compte du souscripteur.

Si l'Assuré n'exerce pas une activité pour le compte du souscripteur, c'est la période durant laquelle il est hospitalisé qui sera prise en compte.

#### *Invalidité permanente totale ou partielle*

L'invalidité est dite « permanente » lorsque l'atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique (AIPP), suite à un accident garanti, se traduit par une réduction définitive (après consolidation), médicalement constatable, du potentiel physique, psychosensoriel et/ou intellectuel, résultant de l'atteinte à l'intégrité anatomo-physiologique, à laquelle s'ajoutent les souffrances physiques et psychiques permanentes, la perte de qualité de vie et des troubles dans les conditions d'existence au quotidien (personnelles, familiales et sociales).

#### *Sinistre*

Le sinistre est constitué par l'ensemble des dommages résultant d'un même événement garanti.

Tableau de garanties et des franchises applicables en cas de sinistre

	GARANTIE DE BASE y compris Dirigeants	OPTION 1 et Sportifs de Haut Niveau	OPTION 2	FRANCHISE
<b>CAPITAL DECES SUITE A ACCIDENT</b>	10 000€ Pour les moins de 16 ans : 8 000 €	30.000€ Pour les moins de 16 ans : 8 000 €	50.000€ Pour les moins de 16 ans : 8 000 €	Néant
<b>FRAIS D'OBSEQUES ET/OU DE SEPULTURE</b>	A concurrence de 3.500€ TTC			
<b>INVALIDITE PERMANENTE SUITE A ACCIDENT</b>	L'indemnité est calculée en multipliant le taux du déficit fonctionnel permanent, déterminé lors de la consolidation de l'assuré, par le capital défini ci-dessous.			
	30.000€	70.000€	100.000€	5%
<b>INDEMNITES JOURNALIERES EN CAS DE COMA SUITE ACCIDENT</b>	50 € par jour  Durée maximum d'indemnisation :  365 jours	50 € par jour  Durée maximum d'indemnisation :  365 jours	50 € par jour  Durée maximum d'indemnisation :  365 jours	Franchise absolue :  10 jours consécutifs de coma
<b>AMENAGEMENT DU DOMICILE ET/OU DU VEHICULE</b>	10 % du montant prévu au titre de la garantie Invalidité Permanente Totale ou Partielle	10 % du montant prévu au titre de la garantie Invalidité Permanente Totale ou Partielle	10 % du montant prévu au titre de la garantie Invalidité Permanente Totale ou Partielle	Franchise absolue :  Taux d'invalidité de  33 %
<b>INDEMNITES JOURNALIERES SUITE A ACCIDENT</b>	Néant	25 € par jour	50 € par jour	10 jours
<b>FRAIS DE SOINS DE SANTE (1)</b>	150% du Tarif de Convention	150% du Tarif de Convention	150% du Tarif de Convention	Néant
<b>BONUS SANTE</b>	Maximum 750 € par sinistre	Maximum 1 500 € par sinistre	Maximum 1500 € par sinistre	Néant
<b>FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER (1)</b>	Prise en charge intégrale du forfait hospitalier ou technique			Néant
<b>SOINS DENTAIRES ET PROTHESES</b>	150 € par dent sans plafond (en complément ou à défaut de la Sécurité Sociale et autres Mutuelles)	300 € par dent sans plafond (en complément ou à défaut de la Sécurité Sociale et autres Mutuelles)	450 € par dent sans plafond (en complément ou à défaut de la Sécurité Sociale et autres Mutuelles)	Néant
<b>OPTIQUE</b>	150 € par bris (en complément ou à défaut de la Sécurité Sociale et autres Mutuelles)	300 € par bris (en complément ou à défaut de la Sécurité Sociale et autres Mutuelles)	450 € par bris (en complément ou à défaut de la Sécurité Sociale et autres Mutuelles)	Néant
<b>FRAIS DE TRANSPORT, AIDE A DOMICILE</b>	100€ par jour - Maximum 14 jours	100€ par jour - Maximum 14 jours	100€ par jour - Maximum 14 jours	Néant
<b>CENTRE DE REEDUCATION EN TRAUMATOLOGIE SPORTIVE Y COMPRIS PSYCHOLOGIQUE</b>	Néant	Frais supplémentaire à concurrence de 4 000 € par sinistre		Néant

(1) Garanties accordées aux délégations étrangères – sur déclaration préalable auprès du courtier d'assurance AIAC.