

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY – 3087988J

Notice d'information Individuelle Accident

01/09/2022 – 31/08/2023

ASSUREUR : MAIF Société d'assurance mutuelle à cotisations variables - CS 90000 – 79038 Niort cedex 9 - Entreprise régie par le Code des assurances - Autorité chargée du contrôle de l'entreprise : Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) , 4 place de Budapest, 75009 Paris)

SOUSCRIPTEUR : FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY - 17 rue Georges Clemenceau 94607 CHOISY LE ROI CEDEX

OPERATION PRESENTEE PAR - Alliance Internationale d'Assurances et de Commerce, Société de courtage d'assurance selon le b) de l'article L.520-1 du Code des assurances - SA au capital de 306 000€ - SIREN 784 199 291 – RCS Paris - N° ORIAS 07 005 935 – www.orias.fr - Service réclamations aiac, 14 rue de Clichy 75009 Paris – reclamation@aiac.fr - Soumis au contrôle de l'ACPR, , 4 place de Budapest, 75009 Paris

DISPOSITIONS COMMUNES

Article 1 : ASSURES

- Les licenciés du Souscripteur dans la mesure où ils n'ont pas refusé d'adhérer aux couvertures Individuelle Accident ;
- Toute personne adhérente d'un Club ou du Souscripteur, dont la licence est en cours de validité ou d'établissement, dans la mesure où il n'a pas refusé d'adhérer aux couvertures Individuelle Accident ;
- Les détenteurs d'une licence temporaire (notamment les licences événementielle- initiation) et les titres de participation ;
- Les dirigeants (1) tels que définis ci-après dans l'exercice de leurs fonctions ;
- Tout le personnel des personnes morales visées à l'article 1.2.1.1 des conditions générales ;
- Les bénévoles licenciés ou non, mandatés par une des personnes morales visées à l'article 1.2.1.1 des conditions générales ;
- Les sportifs visés aux Annexes E et F des conditions générales ;
- Les délégations étrangères (athlètes, officiels, accompagnateurs, encadrement technique et médical, dirigeants) qui participent aux stages, aux manifestations sportives et compétitions inscrites au calendrier et organisés sous l'égide des personnes morales décrites à l'article 1.2.1.1, des conditions générales dans les conditions définies ci-après :
 - Ces personnes bénéficieront des garanties de base réservées aux licenciés limitées aux frais médicaux, pharmaceutiques, chirurgicaux, d'hospitalisation et d'Assistance. La prestation (frais réels dans la limite de 100% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale) comprendra le montant que la Sécurité Sociale aurait pris en charge si la personne concernée y avait été affiliée.
 - Pour que cette garantie soit effective, les organisateurs ou bien la «puissance invitante» devront dès que possible, et avant l'évènement, informer **aiac courtage** de l'arrivée de participants étrangers en indiquant leur nombre et la durée de leur séjour. Dès que les noms des participants sont connus, c'est une liste nominative exhaustive qui devra parvenir à **aiac courtage** – 14, rue de Clichy – 75311 Paris cedex 09.

- (1) On entend par dirigeants toutes les personnes licenciées ou non du Souscripteur, régulièrement élues ou désignées au sein des personnes morales visées à l'article 1.2.1.1 des conditions générales, rémunérées ou non par elles.

Sont également considérés comme dirigeants :

- les cadres salariés ou non,
- les cadres techniques d'Etat placés par le Ministère chargé des Sports auprès d'elles
- les membres des commissions et autres organes ;
- les dirigeants de faits ;
- les mandataires sociaux, administrateurs, membres de directoire, présidents, présidents directeurs généraux ;
- les personnes du corps arbitral (arbitres, juges-arbitres, juges de lignes, marqueurs).

Article 2 : ACTIVITES GARANTIES

Les activités garanties sont :

- Toutes les activités développées par le Souscripteur dans le cadre de son objet associatif,
- Et s'agissant des pratiques sportives des licenciés, uniquement celles autorisées par leur licence.

A ce titre, les Assurés, tels que définis à l'article 1.2, déclarent pratiquer le volley-ball et toutes les disciplines associées au volley, ainsi que tous sports annexes et connexes pour lesquels le souscripteur a reçu agrément du

ministère des Sports, et de manière générale toute nouvelle forme de pratique agréée par le Souscripteur.

Ainsi que la pratique d'autres disciplines sportives dans le cadre des entraînements et/ou préparations physiques encadrées par les clubs, et ce sans préjudice des exclusions prévues par ailleurs, comprenant notamment 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'un assuré au titre de l'article 1.2.1.1 des conditions générales ;
- Aux séances d'entraînements sur les lieux d'installations sportives appartenant ou mis à la disposition des assurés au titre de l'article 1.2.1.1 des conditions générales ou hors de ces lieux, mais dans ce dernier cas, sous réserve que ces séances se déroulent sous le contrôle ou la 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'elle soit réalisée à la clôture de la compétition ou en différé,
- A des actions de promotion et/ou propagande, notamment démonstrations, exhibitions, défilés, soirées de gala, organisées par l'Assuré, ou toute autre personne mandatée par elle,
- A des stages d'initiation, ou de perfectionnement organisés ou agréés par l'Assuré, ou toute autre personne mandatée par elle, quel que soit le sport ou l'activité pratiquée,
- A l'hébergement et restauration des hôtes et invités de l'Assuré aux manifestations sportives et/ou compétitions et/ou stages d'initiations et de perfectionnement.

Exercer 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 visés à l'article 1.2.1.1, 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.

La présente énumération est faite à titre indicatif et non limitatif et ne saurait, en aucune façon, être opposée à l'Assuré pour permettre à l'Assureur de décliner sa garantie.

Article 3 : ETENDUE GEOGRAPHIQUE DES GARANTIES

Le présent Accord collectif produit ses effets dans le MONDE ENTIER.

Par ailleurs, lorsqu'en vertu de la législation locale, il est fait obligation à l'assuré de souscrire un contrat d'assurance auprès d'assureurs agréés dans la nation considérée, il est précisé que le présent Accord collectif n'interviendra qu'en complément de celui-ci.

Il est convenu que les indemnités pouvant être mises à la charge de l'Assuré à l'étranger, leur seront uniquement remboursables en France et à concurrence de leur contre-valeur officielle en Euros au jour de la fixation du montant du préjudice.

Article 4 : PRISE D'EFFET / DUREE DE LA GARANTIE**4.1– 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 par les personnes morales assurées et habilitées à collecter et/ou distribuer des licences ou dès leur enregistrement sur la solution ou le logiciel du Souscripteur. Elle cesse à la date de fin de validité de la licence soit le 01/09.

4.2– Renouvellement :

Les personnes renouvelant leur licence bénéficient automatiquement de la garantie sous réserve que ce renouvellement intervienne au plus tard dans le premier trimestre de la nouvelle saison (ou en cours de saison au plus tard à l'expiration du délai administratif accordé par le Souscripteur) afin d'éviter une rupture de la garantie entre deux saisons sportives, soit le 01/12.

4.3– Licence Événementielle-Initiation :

Les détenteurs d'une licence Événementielle-Initiation bénéficient de la garantie de base de la licence FFVolley. La garantie est accordée exclusivement lors de la pratique des activités pour lesquelles la licence Événementielle-Initiation est délivrée.

Pour que cette garantie soit effective, les organisateurs devront respecter la procédure de déclaration des licences Événementielles-Initiation auprès du Souscripteur (bordereau d'inscription dûment complété et enregistré sur le site FFVolley).

4.4– Bénévoles :

Pour les personnes prêtant bénévolement leur concours à l'encadrement ou à l'organisation des activités, la garantie prend effet uniquement durant leur bénévolat.

Article 5 : DÉCLARATION D'ACCIDENT - Obligations de l'assuré

Sauf cas de force majeure, tout accident doit être déclaré dans les 5 jours à l'aide du formulaire en ligne sur le site internet de la FFVB rubrique « assurances », ou à l'aide du lien suivant : [cliquez ici](#)

ou par courrier postal adressé à [aiac courtage](#), 14 rue de Clichy, 75311 Paris cedex 09.

La non-déclaration ou la déclaration passée les délais ci-dessus entraîne la déchéance de garantie dans la mesure où le retard, non imputable à un cas fortuit ou de force majeure, aura causé un préjudice aux assurés.

Les assurés doivent en outre :

- indiquer dans les plus brefs délais la date, la nature et les circonstances du sinistre, ses causes et ses conséquences, connues ou présumées, le montant approximatif des dommages,
- prendre immédiatement toutes les mesures nécessaires pour limiter l'importance du sinistre et sauvegarder les biens assurés. Lorsque les pertes ou dommages sont imputables à autrui, ils doivent également prendre toutes mesures nécessaires pour conserver à l'assureur le recours, et prêter leur concours pour engager les poursuites nécessaires,
- en ce qui concerne les sinistres susceptibles d'engager une Responsabilité, indiquer les nom et adresse des responsables, personnes lésées et des témoins, transmettre dans le plus bref délai tous avis, lettres, convocations, assignations, actes extrajudiciaires et pièces de procédure qui seraient adressés, remis ou signifiés, à eux-mêmes ou à leurs préposés.

Faute par les assurés de remplir tout ou partie des obligations prévues ci-dessus, sauf cas fortuit ou de force majeure, les assureurs peuvent réclamer une indemnité proportionnée au dommage qui leur aura été causé; soit manquement à ces obligations, soit par l'obstacle fait par les Assurés à leur action.

Si les Assurés font sciemment de fausses déclarations sur la nature et les causes, circonstances ou conséquences d'un sinistre, ils sont déchus de tout droit à la garantie pour ce sinistre.

Article 6 : ASSURANCES CUMULATIVES

Si les Assurés souscrivent auprès de plusieurs assureurs des contrats pour un même intérêt contre un même risque, ils doivent donner à chaque assureur, au moment de la déclaration d'accident, connaissance des autres assurances. **Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription.** Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Article 7 : PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court pas :

- 1°/ en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- 2°/ en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action des Assurés contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre les Assurés ou a été indemnisé par ces derniers.

La prescription est portée à dix ans pour les garanties relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

La prescription peut être interrompue par :

- une des causes ordinaires d'interruption ([Article 2244 du Code Civil] commandement ou saisie signifiés à celui que l'on veut empêcher de prescrire, citation en justice, même en référé, etc...)
- ainsi que dans les cas ci-après :
 - désignation d'expert à la suite d'un sinistre,
 - envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception (par la Société à l'Assuré, en ce qui concerne le paiement de la cotisation // par l'Assuré à la Société, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité).

Article 8 : RECLAMATION / MÉDIATION

En cas de désaccord sur l'application des garanties de MAIF, les Assurés peuvent présenter leur réclamation au Service Réclamations de :

- par voie postale à :

MAIF – Service Réclamations – CS 90000 – 79038 Niort Cedex 9

- par messagerie électronique à : reclamations@maif.fr.

Le Service Réclamations s'engage à :

- accuser réception de la réclamation dans un délai maximal de 10 jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation écrite, sauf si la réponse est apportée dans ce délai,
- tenir le réclamant informé du déroulement du traitement de sa réclamation,
- traiter la réclamation dans le délai maximal de 2 mois à compter de la réception de la réclamation écrite.

Si le désaccord subsiste après examen de la réclamation, les Assurés ont la faculté de saisir le Médiateur de la consommation auprès de la MAIF en formulant leur demande, par voie postale sous pli confidentiel à l'adresse suivante : Médiateur de la consommation auprès de la MAIF – TSA 50110 – 75441 PARIS CEDEX 9.

Le Médiateur intervient selon les modalités et dans les limites définies dans la Charte de la Médiation de la consommation auprès de la MAIF, charte dont une copie est communiquée aux Assurés sur simple demande de leur part adressée au Service Réclamations.

L'avis du Médiateur ne s'impose pas aux Assurés qui conservent la faculté de saisir le tribunal compétent afin de le faire statuer sur le litige qui les oppose à MAIF.

Article 9 : INFORMATIQUE ET LIBERTÉ

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion de la présente convention. L'assuré peut demander communication ou rectification de toute information le concernant qui figurerait sur les fichiers de l'assureur, de ses mandataires et réassureurs ou de la Fédération. Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectification en s'adressant à MAIF, à l'adresse de son siège social.

MAIF, dans le respect des dispositions du Code de la Mutualité, garantit le règlement de prestations en cas de blessures, d'incapacité temporaire totale de travail, d'invalidité permanente totale ou partielle ou de décès du fait d'un accident survenu pendant l'exercice des activités garanties telles que décrites à l'article 2 ci-dessus.

GARANTIES « INDIVIDUELLE ACCIDENT »**Article 10: DEFINITIONS****10.1– Accident :**

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

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).

La mort subite, dont les causes restent ignorées, donne droit au versement du capital décès.

La mort subite est définie comme un accident de nature tout à fait imprévisible, qui doit se manifester pour la première fois, alors que l'assuré n'a jamais eu la moindre alerte de ce type auparavant, ou n'a jamais eu la nécessité ou le besoin médical de se faire soigner préalablement pour ce type d'affection, et qui doit être indépendant de l'état de santé de l'assuré.

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, excepté 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, isolations ou asphyxies survenant par suite d'un événement 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.

10.2- Invalidité permanente totale ou partielle :

Les assurés sont considérés en état d'invalidité permanente totale ou partielle s'ils sont privés définitivement de tout ou partie de leurs capacités physiques ou intellectuelles.

Pour l'appréciation de cette invalidité, c'est le barème du concours médical qui sera utilisé (art. 11.3.) 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 (pretium doloris, préjudice d'agrément, préjudice esthétique, etc).

10.3- Barème du concours médical

Il s'agit du barème indicatif pour apprécier les déficits fonctionnels séquellaires utilisés en droit commun.

10.4- Droit de contrôle et expertise

MAIF se réserve le droit de contester les conclusions des certificats médicaux fournis par l'assuré.

Pour ce faire, les médecins délégués de MAIF ont libre accès auprès des assurés pour procéder à tout contrôle ou toute expertise ; de leur côté, les assurés ont la faculté de se faire assister, à leurs frais, par un médecin.

Si l'assuré s'y refusait, il perdrait tout droit aux prestations pour l'accident en cause. En cas de désaccord entre les médecins des assurés et celui de la MAIF, il est procédé à une expertise amiable et contradictoire par un médecin tiers arbitre désigné d'un commun accord par les parties.

A défaut d'entente sur ce choix, le tiers arbitre serait nommé à la requête de la partie la plus diligente par le tribunal compétent de Paris.

Chaque partie supportera les frais et honoraires de son arbitre ; ceux du tiers arbitre, le cas échéant, seront supportés pour moitié par les deux parties.

10.5- Incapacité Temporaire Totale de Travail

L'assuré est considéré en état d'incapacité temporaire totale de travail s'ils se trouvent dans l'impossibilité complète et temporaire d'exercer leur profession ou toute profession en rapport avec leurs aptitudes professionnelles et rémunérations antérieures.

10.6- Principe indemnitaire

Il est rappelé que conformément à l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 Décembre 1989, les remboursements ou les indemnisations des frais de soins de santé occasionnés par un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

10.7- Enfants à charge

Les enfants des assurés ou de leur conjoint lorsqu'ils sont mineurs ou majeurs de moins de 25 ans s'ils sont rattachés aux foyers fiscaux des assurés ou, quel que soit leur âge, s'ils sont titulaires d'un titre leur reconnaissant un taux d'invalidité au moins égal à 80%.

10.8- Subrogation

MAIF est subrogée de plein droit aux assurés victimes d'un accident (ou à ses ayants droit) dans son action contre le tiers responsable et dans la limite des dépenses supportées par elle.

Article 11 : GARANTIES DE BASE BENEFICIANT AUX LICENCIÉS

11.1- MODALITES

Les montants des garanties sont précisés au tableau ci-dessous (Article 11.5). Pour la mise en œuvre de certaines d'entre elles, il convient de se reporter aux précisions et modalités ci-après exposées.

11.2- Capital Décès

En cas de décès survenant dans les 12 mois consécutifs à la date de l'accident, MAIF garantit le versement d'un capital dont le montant est indiqué au tableau ci-dessous).

En l'absence de stipulation expresse contraire de l'assuré, le capital décès est versé au conjoint non divorcé, non séparé de corps par jugement, à défaut par parts égales aux enfants nés ou à naître, à défaut au concubin notoire ou au partenaire lié à l'assuré par un pacte civil de solidarité, à défaut aux héritiers légaux.

Le paiement du capital décès met fin à l'adhésion.

11.3- Capital Invalidité :

En cas d'invalidité permanente, MAIF garantit le versement d'un capital dont le montant maximal est indiqué au tableau ci-dessous (Article 11.5).

Le taux d'invalidité est fixé, d'après le barème du concours médical, dans les conditions prévues aux articles 10.2 et 10.3.

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 la MAIF. **Seule la majoration du taux d'invalidité imputable à l'accident garanti sera prise en compte. Pour l'application de cette disposition cette majoration de taux est substituée au taux dans le barème annexé susvisé.**

En revanche, dès lors qu'un assuré a déjà été indemnisé par la MAIF et qu'il fait l'objet d'une majoration de son taux d'invalidité déjà attribué, soit en cas d'accidents successifs, soit en cas d'aggravation de son état, le capital dû par la MAIF est égal à la différence entre le capital dû au titre du taux d'invalidité majoré et le capital déjà versé au titre du taux d'invalidité préexistant.

11.4- Frais de soins de santé :

- Les remboursements des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation s'effectuent à concurrence des frais réels exposés et dans la limite précisée au tableau ci-dessous, après intervention de tout régime de prévoyance obligatoire ou complémentaire (Sécurité Sociale, Mutuelles et autres assurances) dont l'assuré bénéficie.
- Sont également pris en charge 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 frais médicaux seront remboursés aux personnes bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle (CMU) au 1er euro.
- Les assurés ne bénéficiant d'aucun régime de prévoyance (Sécurité Sociale ou autre) verront leurs remboursements limités à 100% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale et/ou au montant du forfait journalier.
- MAIF arrête ses remboursements à la date de consolidation de l'état de santé de l'assuré.

11.5- Frais de transports :

Font l'objet d'un remboursement :

- Les frais de premier transport du lieu de l'accident à celui de l'établissement hospitalier le plus proche susceptible de donner les premiers soins,
- Les transports pour se rendre aux soins prescrits par certificat médical.

11.6– **MONTANTS DES GARANTIES DE BASE :**

	LICENCIES FFVOLLEY	FRANCHISE
CAPITAL DECES	10 000 €	Néant
Frais d'obsèques	5 000 €	Néant
CAPITAL INVALIDITE	L'indemnité est calculée en multipliant le taux d'invalidité (IPP), déterminé lors de la consolidation de l'assuré, par le capital défini ci-dessous.	Néant
IPP <30%	20 000 €	
30%<= IPP <66%	50 000 €	
66%<= IPP <=100%	100 000 € (versé à 100% si tierce personne)	
FRAIS DE TRAITEMENT (1)	125 % de la base de remboursement Sécurité Sociale	Néant
Forfait journalier hospitalier	100 %	Néant
Indemnité Hospitalisation	15 €/jour à compter du 1 ^{er} jour d'hospitalisation (dans la limite de 150 jours)	Néant
Soins dentaires et prothèses	150 € par dent	Néant
Appareil orthodontique	80 € par accident	Néant
Optique	Lunettes : 200 € par accident (verre + monture) Lentilles non jetables : 100 € par lentille	Néant
FRAIS DE TRANSPORT Frais de 1er transport Transport pour se rendre aux soins médicalement prescrits	100 % 160 € par accident	Néant

(1) Les Assurés ne bénéficiant pas d'un régime de Sécurité Sociale verront leurs remboursements limités aux montants du ticket modérateur et/ou du forfait journalier.

BONUS SANTE

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 1.500€. 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.**

11.7– **GARANTIES COMPLEMENTAIRES INDIVIDUELLES :**

Tout licencié du Souscripteur peut souscrire à titre individuel, à des garanties complémentaires en cas de dommage corporel à la suite d'un accident de sport **en sus des garanties de base** telles que définies à l'article 11.

GARANTIES COMPLEMENTAIRES	OPTION A	OPTION B	FRANCHISE
DECES	10 000 €	20 000 €	Néant
INVALIDITE PERMANENTE TOTALE	10 000 €	20 000 €	Néant
INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE	10 000 € x taux d'invalidité	20 000 € x taux d'invalidité	Néant
GARANTIE COMPLEMENTAIRE FRAIS DE TRAITEMENT (2)	500 € / accident	500 € / accident	Néant
INDEMNITES JOURNALIERES (3)		30 € par jour (maximum : 365 jours)	10 jours
COTISATION A ACQUITTER	5,05 € TTC	9,04 € TTC	

(2) Cette garantie intervient en complément de la garantie de base, sur justificatifs, pour tous types de traitement engagés par l'assuré et médicalement prescrits, en complément ou non de la Sécurité Sociale.

(3) Lorsque l'assuré a été en incapacité temporaire totale de travail à la suite d'un accident, MAIF verse une indemnité à concurrence du montant indiqué au tableau ci-dessus :

- 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, fixée à 10 jours,
- pendant au maximum 365 jours.

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

Comment adhérer à une option complémentaire ?

Vous pouvez choisir d'adhérer à une option complémentaire lors de votre prise de licence, ou en cours de saison à l'aide du lien suivant : [OPTIONS](#)

Article 12 : RÈGLEMENT DES PRESTATIONS : FORMALITÉS A REMPLIR EN CAS D'ACCIDENT

12.1- Règlement des frais de soins divers

Il appartient à l'assuré d'adresser à aiac courtage ses bordereaux de remboursement du régime obligatoire et le cas échéant de tout régime complémentaire.

12.2- Formalités en cas d'invalidité

Dans les jours qui suivent la survenance de l'invalidité et au plus tard dans un délai de 90 jours, un certificat médical doit être transmis directement au médecin- conseil de la MAIF et doit préciser :

- le taux d'invalidité probable et la date de consolidation. Si l'assuré est affilié au régime général de la Sécurité Sociale (ou à un régime équivalent) classant son invalidité en 2ème ou 3ème catégorie au sens du Code de la Sécurité Sociale ;
- la nature exacte de l'affection ou des blessures, les antécédents éventuels et l'évolution probable de la pathologie dont souffre l'adhérent,
- la date de première constatation de l'affection.

MAIF se réserve le droit de demander toute pièce justificative complémentaire qu'elle estime nécessaire et de faire expertiser l'assuré par un médecin expert de son choix.

12.3 - Formalités en cas de décès de l'assuré

Les pièces suivantes doivent être adressées à MAIF :

- un acte de décès de l'assuré,
- un certificat médical indiquant la cause du décès,
- une copie du rapport de police ou de gendarmerie, le cas échéant,
- une copie du livret de famille ou un extrait d'acte de naissance.

MAIF se réserve le droit de demander toute pièce justificative complémentaire qu'elle estime nécessaire.

Article 13 : SONT EXCLUS DES GARANTIES :

Sont exclues de la garantie Indemnisation des dommages corporels:

- > **Les conséquences pouvant résulter pour le bénéficiaire des garanties des soins reçus, des traitements suivis ou d'interventions chirurgicales non consécutifs à un accident corporel garanti ;**
- > **Les affections ou lésions de toute nature qui ne sont pas la conséquence de l'événement accidentel déclaré ou qui sont imputables à une maladie.**

Lorsqu'ils ne sont pas consécutifs à un état antérieur connu ou inconnu du bénéficiaire des garanties, demeurent toutefois couverts les ruptures tendineuses survenues à l'occasion d'une activité sportive, ainsi que les malaises cardiaques ou vasculaires cérébraux survenus au cours de cette activité ou pendant la phase de récupération.