Helmett SPORT

FFBB

Saison 2025-2026

FEDERATION FRANCAISE DE BASKETBALL
Police AU521387 - Notice d'information Individuelle Accident

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 II présentes Dispositions Particulières AU521387, pendant la durée de validité du contrat, dans le cadre des garanties prévues aux présentes Dispositions Particulières et aux Dispositions Générales GA0023D.

Article 2 - Champ d'application des garanties

Sont exclusivement considérés comme « assuré » au titre du présent contrat : Les personnes morales :

- La Fédération Française de Basketball (FFBB) ;
- Les organismes subdélégataires et déconcentrés de la FFBB :
  La Ligue Nationale de Basket (LNB) ;
  La Ligue Féminine de Basket (LFB) – interne à la FFBB ;
  Les Ligues Régionales ;
  Les Comités Départementaux/Territoriaux.
- Les organismes constitués par la FFBB (à but lucratif ou non) / filiales :
  INFBB ;
  Comité d'Organisation (association à but lucratif) ;
  France Basket Promotion (société par actions simplifiée) ;
  Play In (société par actions simplifiée) ;
  Fonds de dotation du musée du Basket ;
- Les groupements sportifs :
  Les associations affiliées à la Fédération ;
  Les sociétés sportives constituées par les associations affiliées ;
- Les associations et organismes à but lucratif, privés ou publics, affiliés à la Fédération (les « établissements » au sens des Statuts de la Fédération) ;

Les personnes physiques :

- Les membres licenciés et les adhérents des personnes morales assurées ;
- Les membres des délégations des équipes de France (joueurs, staff) y compris le eSport ;
- Les préposés salariés ou bénévoles des personnes morales assurées ;
- Les titulaires d'une licence valable pour la saison en cours ou en cours de renouvellement ;
- Les titulaires d'une garantie temporaire ;
- Les dirigeants statutaires de la FFBB, de ses Ligues Régionales et Comités Départementaux/Territoriaux, des groupements sportifs et de la Ligue Nationale de Basket ;
- Les personnes s'initiant à la pratique du Basket-Ball et les joueurs à l'essai sans licence (y compris les joueurs professionnels) ;
- Les représentants légaux ou personnes civilement responsables des mineurs titulaires de la licence pour le cas où leur responsabilité civile viendrait à être recherchée du fait de ce ou ces mineurs ;
- Les titulaires d'une autorisation temporaire de pratique délivrée par la FFBB, soit environ cinquante personnes).

Et notamment :

- Les Sportifs de Haut-Niveau (SHN) : Les SHN concernés sont ceux inscrits sur la liste ministérielle, conformément aux dispositions du code du sport, vu notamment l'article L.221-2, dont la liste est établie sur proposition de la FFBB, dans les catégories suivantes :
  - Elite ;
  - Senior ;
  - Relève.
- Les Arbitres de Haut-Niveau : Les arbitres de Haut-Niveau sont ceux définis par le code du sport, vu notamment ses articles L.221-2 et R.221-10, dont la liste est établie sur proposition de la FFBB.
- Les Sportifs Assimilés (selon l'identification suivante, retenue par la FFBB) :
- Les joueurs(ses) sélectionné(e)s en Equipe de France (5x5 et 3x3) ;
- Les joueurs(ses) convoqué(e)s à des rassemblements de préparation à des campagnes internationales des Equipes de France (5x5 et 3x3) ;
- Les joueurs(ses) du Pôle France ;
- Les joueurs-ses 3x3 d'une équipe professionnelle sous l'égide de la FFBB.

Territorialité :

- Sans limitation de durée, en France métropolitaine, dans les départements d'outre-mer et les collectivités d'outre-mer (Guadeloupe Martinique, Réunion, Saint-Barthélemy, Saint-Martin, Nouvelle Calédonie, Guyane, Polynésie Française, Mayotte, Wallis et Futuna), en Andorre et à Monaco.
- Dès lors que la durée totale du voyage ou du séjour est inférieure à six mois, dans tous les autres pays du monde ou territoires, notamment dans les pays de l'Union européenne.

Sous réserve des exclusions prévues au sein du paragraphe « Sanctions Internationales » du chapitre 5 « Exclusions communes à toutes les garanties » des Dispositions Générales GA0023D.
Les garanties s'appliquent à l'ensemble des sites de pratiques ouverts au basket-ball (sites temporaires ou fixes classés / homologués ou non).
Par la délivrance de la licence annuelle ou de titre de participation (ponctuelle ou annuelle), la Fédération entend permettre la pratique du basket par tous tant en pratique compétitive que de Loisirs / Vivre Ensemble.

2.1 Sont garanties l'ensemble des activités liées à la pratique du Basket-ball selon la licence souscrite :

Licences hors « Licence Junior League », « Licence Super League », « Licence Contact hors 3x3 », « Pass 3x3 », « Licence Vivre Ensemble », « Licence Micro -Basket » :

- Les membres licenciés et les adhérents des personnes morales assurées ;
- À l'entraînement,
- En compétitions officielles et/ou affinitaires,
- En sélections,
- En matchs amicaux,
- En tournois,
- En stages organisés par les instances fédérales ou les clubs,
- Au cours des activités sportives lorsqu'elles sont exercées au sein et sous le contrôle du club en tant qu'activités annexes préparatoires, ou complémentaires à la pratique du Basket-Ball ainsi que l'ensemble des réunions liées à l'activité sportive.

- **Licences Entreprise :** PASS joueur Entreprise
- **Licence Junior League :** Délivrée à toute personne âgée de moins de 18 ans au jour de l'inscription. Le titre est valable pour toute la saison. Le participant qui devient majeur en cours de saison pourra solliciter gratuitement une licence Super League couvrant le reste de la saison. Elle permet de s'inscrire aux tournois des circuits Open Start, Open Plus et à l'Open de France dans cette catégorie d'âge.
- **Licence Super League :** Délivrée à toute personne âgée de plus de 18 ans au jour de l'inscription. Le titre est valable pour toute la saison. Elle permet de s'inscrire aux tournois des circuits Open Start, Open Plus et à l'Open de France dans cette catégorie d'âge.

Licences Contact hors 3x3 (contact basket, micro-basket, PASS participer à un Camp de Basket), lors des

- Activités régulières et non compétitives de la pratique du Basket-Ball
- Animations et opérations de découverte régulière sous l'égide de la FFBB
- Activités occasionnelles et non compétitives de Basket-Ball.

Pass Open Start 3x3 : Il peut être délivré à toute personne sans distinction d'âge. Il permet de s'inscrire à un seul et unique tournoi 3x3 Open Start, organisé ou autorisé sous l'égide de la FFBB.

Licence Vivre Ensemble : Permet « le développement de pratiques durables d'animation basket, en direction de tous les publics, à but d'éducation, de santé, d'intégration, d'inclusion ou d'insertion » (pratiques non compétitives qui nécessitent l'attribution d'un label).
Délivrée pour une saison sportive et donne droit à participer aux activités fédérales.

Licence Micro-Basket : Pour les U5 et moins, permet la pratique et le développement de la motricité et l'intégration dans un groupe par une activité de construction collective.

Autorisation temporaire de pratique : L'autorisation temporaire de pratique est une autorisation temporaire délivrée par la FFBB, à un joueur ou une joueuse pour lui permettre d'évoluer au cours d'une période donnée au sein d'un groupement sportif et de participer à des rencontres amicales, sans être titulaire d'une licence FFBB définitive.
L'autorisation temporaire de pratique peut être délivrée :

- Entre le 1er mai et le 30 juin et entre le 1er juillet et le 30 septembre ;

- Aux joueurs et joueuses destinées à évoluer dans les divisions NM1, LF2 et LFB et LNB ;
- A plusieurs reprises pour le bénéficiaire au cours d'une même saison.

A compter du 1er octobre, le joueur ou la joueuse doit être titulaire d'une licence pour prendre part aux rencontres amicales ou officielles.

2.2 Sont garantis également

- Les activités extra-sportives exercées à titre récréatif,
- Les trajets Aller/Retour pour se rendre sur les lieux des activités visées à l'article 2.1 ci-dessus.

Article 3 - Déclaration d'accident - obligations de l'assuré

Les délais de déclaration du sinistre
En cas de sinistre, l'Assuré a la possibilité de le déclarer en contactant :

- Europ Assistance France au numéro de téléphone figurant aux Dispositions Particulières
- Par écrit à l'Assureur ou à l'intermédiaire désigné aux Dispositions Particulières.

- L'Assure 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 réclamations - Garanties individuelle

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

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 :

1. Soit en écrivant à :

   La Médiation de l'Assurance
   TSA 50110
   75441 Paris Cedex

2. 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 données à caractère personnel de l'assure GENERALI IARD

PAR DEROGATION A L'ARTICLE 8.7.3 « 8.7.3 INFORMATION SUR LE TRAITEMENT DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL DE L'ASSURE* - GENERALI IARD » DES DISPOSITIONS GENERALES GA0023D, vous trouverez ci-dessous les informations sur les traitements des données à caractère personnel que GENERALI IARD peut effectuer dans le cadre de la souscription/l'adhésion et de la gestion de votre contrat.
Notre politique de traitement des données à caractère personnel est régulièrement mise à jour, notamment pour tenir compte des évolutions réglementaires en matière de protection des données à caractère personnel. Ces mises à jour sont accessibles à l'adresse internet https://www.generali.fr/donnees-personnelles/ ou peuvent vous être adressées sur simple demande.

Information sur le traitement de vos données à caractère personnel
Les données à caractère personnel recueillies dans le cadre de ce contrat d'assurance font l'objet d'un traitement dont traitement est HELMETT,gestionnaire de votre contrat.

- Souscription des contrats ;
- Gestion de la vie des contrats ;
- Encaissement des primes et reversement à l'Assureur ;
- Recouvrement des primes (amiable et contentieux) ;
- Gestion / Règlement de sinistres (corporels ou matériels) dans la limite de la délégation accordée à HELMETT ;
- Gestion des Réclamations ;
- Archivage des pièces de gestion et documents comptables.

Finalités et bases juridiques du traitement des données à caractère personnel :

Certains de ces traitements sont susceptibles d'impliquer une solution d'intelligence artificielle.

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/ l'adhésion de garanties spécifiques	▪ Réalisation de mesures précontractuelles telles que l'obligation d'information, délivrance de conseil, simulations, devis, ▪ Réalisation d'actes de souscription / d'adhésion, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat ▪ Recouvrement ▪ Exercice des recours ▪ Gestion des réclamations et contentieux ▪ 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 ▪ Examen, appréciation, contrôle et surveillance du risque
Obligations légales	▪ Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme ▪ Respect de toute obligation légale, réglementaire et/ou administrative
Intérêt légitime	▪ Lutte contre la fraude, y compris au moyen de techniques de criblage et de profilage, afin de protéger les intérêts de l'ensemble des parties non-fraudeuses au contrat / de l'adhésion ▪ Etudes statistiques et actuarielles ▪ Renforcement de la connaissance client ▪ Opérations de communication, de parrainage et de fidélisation ▪ Services ▪ Dispositifs de prévention ▪ Création des espaces clients ▪ Prospection commerciale autre que celle soumise à consentement ▪ Profilage lié à la prospection commerciale, 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 ▪ Amélioration continue des offres ▪ 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.
Consentement	Prospection commerciale par voie électronique (courriel, SMS/MMS, automate d'appel), sauf si cette prospection concerne des produits ou services analogues pour les personnes déjà clientes.

Informations complémentaires dans le cadre du traitement de vos données à caractère personnel et non collectées auprès de vous :

Catégorie de données susceptibles de nous être transmises :

▪ Etat civil, identité, données d'identification

▪ Informations d'ordre économique et financier (revenus, situation financière, situation fiscale, etc.)

▪ Numéro d'identification national unique

▪ Données de santé issues du codage CCAM uniquement pour les contrats de complémentaire santé

Source d'où proviennent les données à caractère personnel :

Ces données peuvent émaner de votre employeur, d'organismes sociaux de base ou complémentaire, d'organismes professionnels et prestataires contribuant à la gestion des contrats d'assurance, d'autres organismes d'assurance et de toute autorité administrative. Les données collectées peuvent provenir de sources accessibles au public.

Destinataires ou catégories de destinataires des données à caractère personnel

Les données à caractère personnel vous concernant 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, prestataires spécialisés dans la fiabilisation et l'enrichissement des données, organismes sociaux des personnes concernées, 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 règlementaires, 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 oeuvre une approche commune sur la classification des risques clients dans l'ensemble du Groupe GENERALI.

Localisation des traitements de vos données :

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 de vos données.

Aujourd'hui, les data centers du Groupe GENERALI sur lesquels sont hébergées vos 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 par des garanties appropriées et adaptées conformément à la réglementation.
Ces documents sont disponibles sur demande écrite auprès du Délégué à la Protection des Données du Groupe GENERALI France, à l'adresse suivante : droitdacces@generali.fr

Durée de conservation :

Vos données à caractère personnel sont conservées par GENERALI IARD selon les durées fixées par les législations, les réglementations applicables et les autorités administratives ainsi que des contraintes opérationnelles de GENERALI IARD, dont notamment la satisfaction de nos obligations comptables, la gestion pertinente de la relation client, l'instruction d'actions en justice ou de demandes émanant d'organismes publics.

A titre d'exemple, ci-dessous, les durées de conservation retenues par Generali IARD :

Enregistrement des conversations téléphoniques dans le cadre d'un démarchage téléphonique ayant abouti à la souscription d'un contrat	2 ans
Lutte contre la fraude : Qualification de l'alerte et alerte non pertinente ; Alerte pertinente et fraude avérée.	 15 mois à compter de l'alerte ; 5 ans et 3 mois à compter de la clôture du dossier de fraude.
Exécution du contrat.	Jusqu'à 50 ans

Exercice des droits :

Dans le cadre du traitement que nous effectuons, vous disposez dans les conditions prévues par la règlementation :

- D'un droit d'accès : droit de prendre connaissance des données personnelles vous concernant dont nous disposons et demander que nous vous en communiquions l'intégralité.
- D'un droit de rectification : droit de demander à corriger vos données personnelles notamment en cas de changement de situation.
- D'un droit de suppression : droit de nous demander la suppression de vos données personnelles notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires ou lorsque vous retirez votre 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 vos données personnelles en cas de décès.
- D'un droit à la limitation du traitement : droit de nous demander de limiter le traitement de vos données personnelles.
- D'un droit à la portabilité des données : droit de récupérer dans un format structuré les données que vous nous avez fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsque vous avez consenti à l'utilisation de ces données. Ces données peuvent être transmises directement au responsable du traitement de votre 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 estsusceptible 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 vos données personnelles, notamment concernant laprospection commerciale et plus généralement les finalités de traitement ayant pour base légale l'intérêt légitime.

Vous pouvez exercer vos 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 : droitdacces@generali.fr

Il pourra vous être demandé de justifier de votre identité si nous ne parvenions pas à vous identifier de façon certaine.

Cas spécifique dans le cadre du démarchage téléphonique :

Si vous êtes un consommateur et que vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous pouvez vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site internet www.bloctel.gouv.fr.
Nous pourrons cependant toujours vous contacter, directement, ou par l'intermédiaire d'un tiers agissant pour notre compte, concernant votre contrat, ou pour vous 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 / l'adhésion et l'exécution du contrat, les risques à assurer peuvent, à partir d'informations vous concernant ou concernant vos biens, être appréciés et quantifiés suivant des traitements automatisés ou faire intervenir des éléments de profilage vous concernant. De tels traitements peuvent avoir un impact sur la tarification ou l'ajustement des garanties. Vous disposez du droit d'obtenir une intervention humaine de la part du responsable du traitement, d'exprimer votre point de vue et de contester la décision. Vous pouvez exercer ces droits à l'adresse mentionnée pour l'exercice de vos droits.

Droit d'introduire une réclamation concernant le traitement de vos données à caractère personnel

Par ailleurs, vous pouvez introduire une réclamation concernant le traitement de vos 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

Prospection :

Certaines données vous concernant ou concernant les risques à assurer sont collectées par les entités du Groupe GENERALI et/ou par votre agent général (si votre intermédiaire intervient en cette qualité). Elles peuvent ou pourront entraîner des décisions automatisées ou fondées sur le profilage, consistant notamment à vous adresser certaines offres commerciales : dans le cadre d'opérations de prospection commerciale, et/ou 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 en matière d'assurance. Vous disposez d'un droit d'opposition à recevoir des offres commerciales ainsi que du droit de vous opposer au profilage de vos données lié à la prospection que vous pouvez 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, vous pouvez 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 : **droitdacces@generali.fr**

Article 9 - Autorité de contrôle

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

1)Les accidents, ainsi que leurs suites, causés ou provoqués par l'Assuré ou avec sa complicité.

2) Les accidents, ainsi que leurs suites, occasionnés par :

- L'usage de drogues, de stupéfiants ou de produits toxiques, non médicalement prescrits ;
- L'ivresse, éthylisme ou toxicomanie ;
- Le suicide ou la tentative de suicide de l'Assuré ;
- La participation volontaire de l'Assuré à un crime, un délit, à un acte de vandalisme, une agression, une émeute, un attentat, un acte de terrorisme ou de sabotage, à un mouvement populaire ou à une rixe ne relevant pas d'un cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger ;
- Des faits de guerre civile ou étrangère.

3) Les accidents, ainsi que leurs suites, subis lors de la conduite par l'Assuré d'un véhicule à moteur sous l'empire d'un état alcoolique tel que défini par la réglementation en vigueur, ou sous l'emprise de stupéfiants ou substances non prescrites médicalement.

4) Les accidents, ainsi que leurs suites, subis lors de l'utilisation de tout appareil de navigation aérienne, sauf en qualité de passager non rémunéré sur les lignes exploitées par les Compagnies agréées pour le transport public de personnes.

5) Les accidents ainsi que leurs suites :

- Dus à des rayonnements ionisants émis de façon soudaine ou fortuite par des combustibles nucléaires ou par des produits ou déchets radioactifs provenant de réacteurs ;
- Causés par des armes ou engins destinés à exploser par modification de structure du noyau d'atome ;
- Dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation, provenant de transmutation de noyaux d'atomes ou de la radioactivité, ou de radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules ;

6) Les accidents, ainsi que leurs suites, occasionnés au cours de l'exercice de métiers appartenant à l'un des secteurs d'activités suivants : armée, police, forces de maintien de l'ordre ou aviation civile (personnel navigant) ;

7) Les accidents, ainsi que leurs suites, occasionnés par la pratique, par l'Assuré, d'un sport à titre professionnel ainsi que par sa participation à des épreuves de vitesse, des essais ou des compétitions nécessitant l'utilisation d'engins à moteur.

8) Tous dommages causés ou provoqués par une maladie contagieuse et ayant donné lieu à la mise en place ou à l'application de mesures spécifiques, sanitaires ou autres, par toute autorité nationale compétente.

Sanctions internationales : L'assureur ne sera tenu à aucune garantie, ne fournira aucune prestation et ne sera obligé de payer aucune somme au titre du présent contrat dès lors que la mise en oeuvre d'une telle garantie, la fourniture d'une telle prestation ou un tel paiement l'exposerait à une sanction, prohibition ou restriction résultant d'une résolution de l'Organisation des Nations Unies, et/ou aux sanctions économiques ou commerciales prévues par les lois et/ou règlements édictés par l'Union Européenne, la France, le Royaume-Uni et les États-Unis d'Amérique ou par tout autre droit national applicable au présent contrat prévoyant de telles mesures.

Garanties individuelle accident

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

Article 11 - Modification des garanties

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

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

La modification sera effective le lendemain à 12 heures suivant la date de réception et validation de la demande au siège de la FFBB.
La cotisation sera perçue dans sa totalité et ce, quelle que soit la date de souscription à la formule. De même aucun calcul de prorata ne sera effectué pour la perception de la cotisation correspondante.

Article 12 - Information precontractuelle

Au terme de l'article L.132-3 du Code des Assurances :
Il est défendu à toute personne de contracter une assurance en cas de décès sur la tête d'un mineur âgé de moins de douze ans, d'un majeur en tutelle, d'une personne placée dans un établissement psychiatrique d'hospitalisation. Toutefois, cette prohibition n'est pas applicable aux formules de financement d'obsèques mentionnées à l'article L. 2223-33-1 du code général des collectivités territoriales souscrites sur la tête d'un majeur en tutelle.
Toute assurance contractée en violation de cette prohibition est nulle.
La nullité est prononcée sur la demande de l'assureur, du souscripteur de la police ou du représentant de l'incapable.
Les primes payées doivent être intégralement restituées.
L'assureur et le souscripteur sont en outre passibles, pour chaque assurance conclue sciemment en violation de cette interdiction, d'une amende de 4 500 euros.
Ces dispositions ne mettent point obstacle dans l'assurance en cas de décès, au remboursement des primes payées en exécution d'un contrat d'assurance en cas de vie, souscrit sur la tête d'une des personnes mentionnées au premier alinéa ci-dessus ou au remboursement du seul montant des primes payées, en exécution d'un contrat d'assurance de survie, souscrit au bénéfice d'une des personnes mentionnées au premier alinéa ci-dessus.

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

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

Pour les adhésions intervenant en cours de saison, la garantie est acquise au jour de la qualification de la licence, aucun prorata de prime ne sera effectué, la prime annuelle sera due dans son intégralité.
Le licencié ayant fait le choix, lors de la prise d'une première licence ou lors du renouvellement de sa licence, de souscrire à l'une des formules Individuelle Accident définies aux présentes Dispositions Particulières, disposera d'un délai de 30 (trente) jours à compter de la date de qualification de prise ou de renouvellement de licence pour renoncer à la formule initialement choisie.
Cette renonciation devra être effectuée sous forme de lettre recommandée avec accusé de réception adressée à la FFBB ou par courriel à l'adresse : **assurances@ffbb.com.**
Le licencié n'ayant pas encore procédé au renouvellement de sa licence, continuera

Les garanties cessent de plein droit dès lors que l'Assuré n'est plus licencié auprès de la FFBB (sous réserve des dispositions du précédent paragraphe ci-dessus).
2) Pour les Assurés détenteurs d'une « Licence Junior League », d'une « Licence Super League », d'une « Licence Contact hors 3x3 » d'un Pass 3x3, ou d'un PASS joueur Entreprise, ainsi que pour la licence contact entreprise, dans le cadre d'un Pack entreprise, les garanties prennent effet à la date de délivrance de la Licence ou du Pass et sont acquises pendant toute la durée de validité de la Licence ou du Pass.
3) Pour les personnes prêtant bénévolement leur concours à l'encadrement ou à l'organisation des activités, les garanties prennent effet uniquement durant leur bénévolat.
4) Pour les personnes s'initiant à la pratique du basket-ball et pour les joueurs à l'essai, sans Licence, la garantie prend effet dès l'instant où elles s'initient ou s'essaient à cette pratique et cesse dès la fin de l'initiation ou de l'essai. ▪ Centre Génération Basket ▪ Basket Santé Découverte

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

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

5) Pour les joueurs en cours de qualification à condition qu'ils soient inscrits dès leur première activité donnant lieu à une autorisation provisoire, sous réserve de la régularisation de leur Licence, la garantie prend effet dès leur inscription lors de leur première activité et au plus tard à la date du début des championnats.
6) Pour les personnes pratiquant le basket-ball dans le cadre de sessions labellisées « Vivre Ensemble » et dans le cadre de Pack d'organisation Vivre Ensemble ainsi que pour les sessions labellisées « Micro-Basket », la garantie produit ses effets pendant le déroulement de la session, variable selon le type d'action mise en oeuvre :

- Basket Santé Découverte : une ou quelques journées,
- Basket Santé Résolutions : sessions régulières sur plusieurs mois,
- Basket Santé Confort : sessions régulières sur plusieurs mois,
- Basket Tonik qui consiste en la pratique d'activité de fitness avec un ballon de basketball (Pratique individuelle, dynamique, basée sur l'enchainement de gestes fondamentaux du basket, réalisés en rythme et sur une musique),
- Basket Inclusif, qui se définit comme des pratiques du basket, ou inspirées du basket, permettant de faire participer ensemble et en toute sécurité, avec des personnes valides, des personnes atteintes de troubles et/ou de handicaps visibles ou invisibles,

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

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

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

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

Lorsque l'accident met en jeu à la fois la garantie « Responsabilité Civile » souscrite par contrat séparé par l'assuré et la garantie « Individuelle Accident » du présent contrat, au profit d'une même victime, cette dernière (ou ses ayants droit) percevra exclusivement, sans possibilité de cumul, la plus élevée des indemnités résultant de l'une ou l'autre des garanties.
Il est précisé que les premiers règlements effectués au titre de l'une des garanties auront un caractère d'avance à valoir sur le règlement définitif.
Si l'accident ne met pas en jeu la garantie « Responsabilité Civile », la victime (ou ses ayants droit) percevra la seule indemnité prévue au titre de la garantie « Individuelle Accident ».

Article 16 - DÉFINITIONS

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

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

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

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

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

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

Invalidité permanente totale ou partielle :
L'assuré est considéré en état d'invalidité permanente totale ou partielle s'il est privé définitivement de tout ou partie de ses capacités physiques ou intellectuelles.
Pour l'appréciation de cette invalidité, c'est le BAREME INDICATIF D'INVALIDITE POUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL qui sera utilisé et il ne sera tenu compte que de l'invalidité fonctionnelle et en aucun cas de l'invalidité professionnelle. Il ne sera pas tenu compte non plus des préjudices annexes (souffrances endurées, préjudice d'agrément, préjudice esthétique, etc.....).

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

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

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

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

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) :
État de l'Assuré, reconnu par le médecin conseil de l'Assureur, le rendant définitivement incapable de se livrer à toute occupation professionnelle et requérant, toute sa vie durant, l'assistance d'une tierce personne pour effectuer l'ensemble des actes ordinaires de la vie courante suivants : se laver, se vêtir, s'alimenter et se déplacer.
Les Assurés classés en 3ème catégorie d'invalidité de la Sécurité Sociale sont automatiquement considérés comme en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

Article 17 - GARANTIES

DECES SUITE A ACCIDENT
Pour tout Assuré de plus de douze ans, le versement d'un capital en cas de décès de l'Assuré lorsque l'accident garanti entraîne son décès, y compris si le décès consécutif à cet accident garanti survient dans une période de deux ans à partir la date de l'accident.
Le capital est versé aux bénéficiaires.
Si la victime est âgée de moins de douze ans ou qu'elle a le statut de majeur sous tutelle ou qu'elle est placée dans un établissement psychiatrique d'hospitalisation, le versement du capital garanti sera remplacé par le remboursement des seuls frais d'obsèques et de sépulture, dans la limite d'un plafond maximum de 10 000 euros et déduction faite des versements perçues 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 complé-mentaire éventuellement dû jusqu'à concurrence du capital garanti en cas de décès.
La disparition sans nouvelles de l'Assuré peut être assimilée au décès à l'expiration d'un délai de 12 mois suivant la déclaration de sa disparition auprès des autorités compétentes et ce, sur constat judiciaire de la présomption d'absence.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Par perte réelle de revenu, on entend la différence entre la rémunération de l'activité professionnelle de l'assuré (salaires, primes, honoraires, gratifications) servant de base à la déclaration annuelle à l'Administration Fiscale et les prestations versées par la Sécurité Sociale et/ou tout autre régime similaire, régime complémentaire ou l'employeur.
Si le salaire est maintenu par le club auprès d'un joueur, liant les deux parties par un contrat de travail avec ce dernier, la paiera la perte réelle du revenu de l'assuré au club. Les conditions de garanties restant inchangées.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7) Exclusions spécifiques : en complément des exclusions prévues à l'article 5 « exclusions » des dispositions générales GA0023D, sont également exclues :

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

REMBOURSEMENT COMPLEMENTAIRE DE FRAIS MEDICAUX

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

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

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

Définition des frais médicaux :
La garantie s'applique exclusivement :

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

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

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

D'une dent définitive,
- D'un appareil orthodontique,
- D'une prothèse auditive,
- D'une prothèse orthopédique ; dans ce cas, le remboursement est limité aux frais de premier appareillage,
- Frais d'optique (monture et/ou verres) : en cas de bris directement imputable à un accident ayant causé une blessure médicalement constatée.

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

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

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

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

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

EXCLUSIONS SPECIFIQUES COMPLEMENTAIRES :
En complément des exclusions prévues au sein des Dispositions Générales 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.

FRAIS DE RECHERCHE ET DE SECOURS SUITE A ACCIDENT

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

- Frais de recherche et de secours :

Les frais occasionnés par les opérations de recherche, de sauvetage et de transport et engagés par des sauveteurs ou par des organismes publics ou privés lors de tout accident mettant ou pouvant mettre en péril la vie de l'Assuré.
Par transport, on entend le transport de l'Assuré du lieu du sauvetage jusqu'à la localité la plus proche ou si son état nécessite une hospitalisation jusqu'à la clinique ou l'hôpital le plus proche.

- Franchise :

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

Prestations garanties :
Pour les frais de recherche et de secours le remboursement de l'Assureur ne pourra s'effectuer que sur présentation de la demande émanant des sauveteurs ou des organismes publics ou privés, avec le détail des dépenses encourues.
La prise en charge des frais engagés dont le remboursement est demandé à l'Assuré sera effectuée à concurrence de la somme mentionnée aux Conditions Particulières.

FRAIS DE TRANSPORT ET DE REMISE A NIVEAU SCOLAIRE

Nous remboursons à l'assuré les frais suivants :

- Le coût des leçons particulières de remise à niveau scolaire pour l'assuré victime d'un accident l'empêchant médicalement de fréquenter l'établissement pendant plus de quinze jours scolarisés consécutifs.

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

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

RECONVERSION PROFESSIONNELLE

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

FRAIS DE COMMUNICATION

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

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

DOMMAGES AUX EFFETS PERSONNELS

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

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

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

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

PREJUDICE DE DESAGREMENT

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

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

PREJUDICE ESTHETIQUE PERMANENT

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

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

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

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

BONUS SANTE

L'assuré bénéficie, sur justificatifs, d'un « Bonus Santé » à concurrence d'un montant global maximal prévu aux tableaux de garantie ci-dessus, dans la limite des frais réels restant à charge.
Ce Bonus Santé est disponible en totalité à chaque accident. S'il a été entamé ou épuisé à l'occasion d'un premier accident, il se reconstitue en cas d'accident ultérieur.
L'assuré pourra disposer de ce Bonus Santé pour le remboursement, après intervention de ses régimes de prévoyance obligatoire et complémentaire, et sur justificatifs, de toutes les dépenses suivantes sous réserve qu'elles soient prescrites médicalement et directement liées à l'accident pris en charge :

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

En cas d'hospitalisation :

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

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

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

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