



ANNEXE 1

Notice d'information valant Conditions Générales du Contrat d'Assurance de Groupe « Individuelle Accidents & Assistance » souscrit par la FÉDÉRATION FRANÇAISE DE HOCKEY-SUR-GLACE (FFHG)

Cette notice d'information est établie conformément à l'article L141-4 du Code des assurances. Elle décrit les garanties, les exclusions et les obligations de l'Assuré au titre du contrat d'assurance de groupe « Individuelle Accidents & Assistance » n° 22767858304 souscrit par la Fédération Française de Hockey-sur-Glace, 33 avenue de la Plaine des Sports - 95800 CERGY, pour le compte des Assurés désignés ci-dessous auprès d'AXA FRANCE IARD, société anonyme, au capital de 214 799 030 euros, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 722 057 460, entreprise régie par le Code des assurances dont le siège social est situé 313 Terrasses de l'Arche - 92727 NANTERRE CEDEX.

Ce contrat est régi par le droit français et notamment le Code des assurances.

En cas d'adhésion par l'Assuré au contrat d'assurance de groupe « Individuelle Accidents & Assistance » ci-dessus référencé, cette notice vaudra Conditions Générales lesquelles fixeront avec les Conditions Particulières¹ l'étendue des garanties ainsi que les droits et les obligations de l'Assuré et de l'Assureur.

Le courtier d'assurance intermédiaire à la souscription et à la gestion du contrat d'assurance de groupe « Individuelle Accidents » ci-dessus référencé est le **Courtier Alliance Internationale d'Assurances et de Commerce - AIAC**, société de courtage d'assurance immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés sous le numéro 784 199 291 et auprès de l'ORIAS sous le numéro 07 005 935 en qualité de courtier d'assurance sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, ACPR, 4, Place de Budapest – CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

¹Les Conditions Particulières d'assurance mentionnées ci-dessus sont constituées :

- au moment de la prise de Licence par l'adhésion aux garanties de base du contrat d'assurance de groupe « Individuelle Accidents & Assistance » ; et/ou
- du Bulletin Individuel d'Adhésion Facultative (« formulaire dématérialisé de souscription ») lorsque l'Assuré a souscrit une option.

Assistance :

Pour bénéficier des garanties, Vous devez déclarer votre sinistre à AXA, par téléphone au numéro ci-après, disponible 24h/24 et 7J/7 : **+33 (0)1 55 92 14 29** (prix d'un appel local)

En précisant :

- Les coordonnées de l'Assuré
- Le numéro des présentes Conditions Générales.

L'intervention d'AXA ne saurait se substituer aux interventions des services publics locaux ou de tous intervenants auxquels elle aurait l'obligation de recourir en vertu de la réglementation locale.

**Droit applicable**

Ce contrat est régi par le droit français et notamment le Code des assurances.

Pour les risques définis à l'article L.191-2 du Code des assurances et relevant des dispositions particulières aux départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle :

- Sont applicables les articles impératifs L.191-5, L.191-6 du Code des assurances,
- N'est pas applicable l'article L.191-7 du Code des assurances auquel il est dérogé expressément.

Juridiction compétente

Tout litige né de l'exécution ou de l'interprétation du présent contrat sera de la compétence des juridictions françaises.

Commission de contrôle

L'autorité chargée du contrôle de l'Assureur désigné dans la notice d'information est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution – ACPR – situé 4 place de Budapest CS 92459 – 75436 Paris cedex 09.



PARTIE I : INDIVIDUELLE ACCIDENTS

1. Définitions

Accident

Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'Assuré et provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Le lien de causalité devant être établi entre la cause extérieure et l'atteinte corporelle.

Sont assimilées à des accidents les atteintes corporelles subies à la suite :

- d'accidents résultant de traitements médicaux, d'opérations chirurgicales ou de lésions causées par les rayons X, le radium et les autres corps radioactifs lorsqu'ils sont la conséquence d'un traitement ou de soins nécessités par un accident garanti ;
- d'un accident vasculaire cérébral, incluant la rupture d'anévrisme et l'embolie cérébrale, ou d'un infarctus du myocarde, sous réserve que l'accident vasculaire cérébral ou l'infarctus du myocarde se manifeste pour la première fois et que l'Assuré n'ait jamais eu la nécessité ou le besoin de se faire soigner préalablement pour ce type de maladie ;
- de noyade, d'asphyxie, d'hydrocution, d'électrocution, de la chute de la foudre, de morsures ou de piqûres d'animaux ;
- d'absorption de substances vénéeneuses ou corrosives ou d'aliments avariés absorbés par erreur ou due à l'action intentionnelle d'un tiers ;
- de jets de flamme, de vapeurs ou d'acides.

Activités garanties

- La pratique et/ou l'enseignement du Hockey-sur-Glace, à titre amateur ou professionnel, et plus généralement toutes les disciplines associées au Hockey-sur-Glace, et pour lesquelles le Souscripteur a reçu agrément du ministère des Sports ;
- De manière générale, toute nouvelle forme de pratique agréée par la Fédération (par exemple Hockey-Luge, Handi-Hockey) ;
- La pratique d'autres disciplines sportives dans le cadre des entraînements et/ou préparation physique encadrés par les clubs, et ce sans préjudice des exclusions prévues ci-après, comprenant l'organisation et/ou la participation :
 - à des compétitions, officielles ou non, et leurs essais ou entraînements préparatoires sous réserve que les séances se déroulent sous leur contrôle, ou leur surveillance et avec l'autorisation de la FFHG ou toute autre personne agréée ou mandatée par elle ;
 - aux séances d'entraînements, sur les lieux d'installations sportives appartenant ou mis à la disposition de la Personne morale assurée en Responsabilité Civile, ou hors de ces lieux, mais dans ce dernier cas, sous réserve que ces séances se déroulent sous leur contrôle ou leur surveillance et avec leur autorisation ;



- à toutes épreuves 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 ;
 - à la remise des coupes, prix afférents aux compétitions, qu'elles soient réalisées à la clôture de la compétition ou en différé ;
 - à des actions de promotion et/ou propagande, notamment démonstrations, exhibitions, défilés, soirées de gala, organisées par le Souscripteur, ou toute autre personne mandatée par le Souscripteur ;
 - à des stages d'initiation, ou de perfectionnement organisés ou agréés par le Souscripteur, ou toute autre personne mandatée par le Souscripteur ;
 - à l'hébergement des hôtes et invités du Souscripteur aux compétitions et/ou stages d'initiations et de perfectionnement.
- L'exercice d'autres activités dans le cadre fédéral, même si celles-ci ne relèvent pas directement du domaine sportif :
 - toutes réunions en tous lieux, y compris à l'étranger, organisées par une personne morale assurée en Responsabilité Civile, ou toutes autres organisations auxquelles la FFHG doit être affiliée comme notamment la Fédération Internationale ;
 - les manifestations culturelles, récréatives, amicales, notamment parties de cartes, bals, déplacement, banquets, sorties ;
 - les activités périscolaires ;
 - se déplacer en tous lieux et en revenir par tous modes dans le cadre des activités énoncées ci-dessus (trajet direct) ;
 - Toutes actions administratives, logistiques, informatiques et autres.
 - La pratique individuelle libre du patinage au sein d'une patinoire sur le territoire français, à l'exclusion de toute pratique organisée et/ou encadrée par une structure non affiliée, et/ou non agréée et/ou non reconnue par la FFHG.

En outre, pour les arbitres missionnés par la FFHG sur les rencontres de championnats ou amicales :

- Les activités en lien avec leur mission et pendant la durée de la mission, y compris le trajet direct (aller/retour) depuis ou vers leur domicile en France.

De plus, pour les Sportifs ayant le statut de haut niveau (article L.321-4-1 du code du sport), ainsi que les membres des Équipes de France toutes catégories :

- Lors des convocations en équipe de France de Hockey-sur-Glace, comprenant les stages, entraînements et compétitions y compris les trajets directs (aller/retour) pour se rendre sur les lieux ou en revenir ;
- À l'occasion de la pratique de haut niveau.

Dans tous les cas, le Souscripteur s'engage à déclarer toute nouvelle activité ou modification significative qui entraînerait par nature une aggravation du risque assuré par l'Assureur.



Année d'assurance

La période comprise entre deux échéances annuelles de cotisation ; toutefois :

- au cas où la prise d'effet de la garantie est distincte de l'échéance annuelle, l'année d'assurance est la période comprise entre cette date de prise d'effet et la prochaine échéance annuelle ;
- au cas où la garantie prend fin entre deux échéances annuelles, la dernière année d'assurance est la période comprise entre la dernière date d'échéance annuelle et la date d'expiration du contrat.

Arrêt de travail

Certificat médical délivré par un médecin à l'Assuré, suite à la constatation que l'état de santé de l'Assuré n'est pas compatible avec la pratique de son activité sportive suite à accident.

Assuré(s)

- Les Titulaires d'une licence de la Fédération Française de Hockey-sur-Glace (FFHG) en cours de validité avec une option individuelle accidents souscrite au moment de la prise de Licence pour **l'option A - garanties de base** et au Bulletin Individuel d'Adhésion Facultative (« formulaire dématérialisé de souscription ») pour **les options B et C - garanties complémentaires optionnelles**, et **par extension** :
 - Les préposés et dirigeants des personnes morales assurées en Responsabilité Civile.
 - Les officiels.
 - Les animateurs, entraîneurs, arbitres, juges.
 - Les bénévoles.
 - Les professionnels de santé mandatés par la Fédération Française de Hockey-sur-Glace (FFHG).
 - Les salariés de la Fédération Française de Hockey-sur-Glace (FFHG), lorsqu'ils pratiquent, en loisir, le patinage dans la patinoire mis à leur disposition à Cergy pontoise.
 - les titulaires d'une autorisation « TRY OUT » couplée à une licence « Découverte » et les participants aux portes ouvertes (voir règlement FFHG).
- Les dirigeants statutaires de la Fédération Française de Hockey-sur-Glace (**option D – garanties de base**).
- Les arbitres missionnés par la FFHG pour officier sur les championnats nationaux ou matchs amicaux ainsi que les arbitres licenciés à la FFHG dans le cadre de leur convocation à officier dans les championnats internationaux, notamment sous l'égide de la *Champions Hockey League* (CHL) et/ou de la Fédération Internationale de Hockey-sur-Glace (*International Ice Hockey Federation – IIHF*) – (**option E – garanties de base**).
- Les personnes inscrites sur la liste des Sportifs de Haut Niveau mentionnés au premier alinéa de l'article L.122-2 du code du sport pour la Fédération Française de Hockey-sur-Glace (**option F – garanties de base**).



- Les membres des délégations et joueurs des Équipes de France de la Fédération Française de Hockey-sur-Glace (FFHG) toutes catégories (**option F – garanties de base**).
Le règlement de la Fédération Internationale de Hockey-sur-Glace ne permet pas la double licence sportive. Par conséquent, certains membres des équipes de France, qui jouent à l'étranger pendant l'année, ne sont pas licenciés FFHG. Ils sont néanmoins couverts par le contrat fédéral (**option F – garanties de base**) lorsqu'ils évoluent sous sa responsabilité.
- Les non-licenciés de la Fédération Française de Hockey-sur-Glace sur invitation d'un club affilié à la FFHG **et sous réserve d'une déclaration préalable auprès d'AIAC / Assureur (option G – garanties de base)**.
- Toutes personnes physiques non-licenciés de la Fédération Française de Hockey-sur-Glace évoluant sur la glace, avec ou sans patins, sur invitation d'un club assuré en Responsabilité Civile lors des journées promotionnelles ou des « coup d'envoi officiels » (**option G – garanties de base**).

Assureur

AXA FRANCE IARD, société anonyme de droit français, au capital de 214.799.030 euros immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 722 057 460 et dont le siège social est situé 313, Terrasses de l'Arche – 92727 NANTERRE CEDEX.

Autorité médicale

Toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où se trouve l'Assuré.

Barème d'invalidité

Les Invalidités Permanentes seront réglées en évaluant les taux d'infirmités par référence au barème d'invalidité déterminé par l'Assureur.

**Bénéficiaire**

En cas de décès de l'Assuré, la personne qu'il a désignée et dont l'identité a été communiquée à l'Assureur.

En l'absence de désignation de bénéficiaire et par ordre prioritaire :

- à son conjoint non divorcé ou séparé de corps judiciairement ;
- à défaut, à son partenaire avec lequel il est lié par un Pacte civil de solidarité ;
- à défaut, à son concubin notoirement reconnu ;
- à défaut, par parts égales, à ses enfants nés ou à naître et à ceux de son conjoint s'il en avait la charge ;
- à défaut, par parts égales, à son père ou à sa mère ou au survivant d'entre- eux ;
- à défaut, aux ayants droit selon la dévolution successorale.

L'Assuré, pour les autres prestations.

Consolidation

Moment à partir duquel l'état du blessé ou du malade est considéré comme permanent et présumé définitif, tel qu'un traitement n'est plus nécessaire et qu'il devient possible d'apprécier un certain degré d'incapacité fonctionnelle permanente réalisant un préjudice.

Déchéance

Perte de son droit à garantie en cas de non-respect par l'Assuré de ses obligations après survenance d'un sinistre.

Destruction de l'équipement

Destruction des équipements sportifs sous réserve que cette destruction soit consécutive à un accident garanti (y compris détérioration par les services de secours).

Enfant à charge

Les enfants de l'Assuré, reconnus, recueillis ou adoptifs, non mariés âgés de moins de 18 ans s'ils sont à la charge fiscale de leurs parents. Les enfants de moins de 25 ans effectuant des études secondaires ou supérieures ou une formation en alternance et à charge fiscalement seront considérés comme à la charge de leurs parents.

Etat préexistant

Etat de santé qui est déjà connue au moment de la souscription du contrat ou de l'entrée en vigueur du contrat.

Frais médicaux à la suite d'accident garanti

Frais médicaux engagés en France sur prescription médicale les frais médicaux, pharmaceutiques, chirurgicaux et d'hospitalisation engagés sur prescriptions médicales.

**Frais de transport à la suite d'accident garanti**

Les frais de transport de l'Assuré accidenté jusqu'au lieu où il pourrait recevoir les premiers soins d'urgence que nécessite son état, en l'absence de prestations reçues par l'Assuré au titre d'un régime de frais de santé collectif ou de protection sociale ; à défaut le remboursement se limite à la différence entre les dépenses réellement engagées et dûment justifiées, et ces prestations.

Frais de recherche et de secours à la suite d'accident garanti

Les frais de recherches et de sauvetage, résultant d'opérations effectuées par des organismes de secours publics ou privés pour retrouver l'Assuré égaré en un lieu dépourvu de moyens de secours autres que ceux pouvant être apportés par les sauveteurs.

Frais de remise à niveau scolaire à la suite d'accident garanti

Les frais exposés, pour la remise à niveau scolaire de l'Assuré, élève d'un établissement scolaire et/ou les frais de garde à domicile engagés par les parents ou les représentants légaux de l'Assuré.

Franchise

Somme ou période qui reste à la charge de l'Assuré ou du souscripteur. Elle peut s'exprimer en euros, en pourcentage ou en jours.

Incapacité temporaire totale de travail à la suite d'accident garanti

État de santé médicalement constaté, obligeant l'assuré à arrêter totalement et temporairement, l'exercice de ses activités professionnelles à la suite d'un accident survenu pendant la période de validité du contrat.

Invalidité permanente totale ou partielle à la suite d'accident garanti

Atteinte présumée définitive des capacités physiques ou mentales de l'Assuré, suite à un accident survenu pendant la période de validité du contrat.

Maladie

Toute altération de la santé de l'Assuré constatée par une Autorité médicale compétente.

Membres des équipes de France (toutes catégories)

Les joueurs et les équipes encadrantes (entraîneurs, service médical et paramédical, officiels de la FFHG). Les équipes concernées sont les équipes seniors, les U20, U18, U16/U15, féminines et masculines, et les pôles France.

Le règlement de la Fédération Internationale de Hockey sur Glace ne permet pas la double licence sportive. Par conséquent, certains membres des équipes de France, qui jouent à l'étranger pendant l'année, ne sont pas licenciés FFHG. Ils sont néanmoins couverts par le contrat fédéral lorsqu'ils évoluent sous sa responsabilité.

Sinistre

Survenance d'un accident atteignant un Assuré et donnant lieu au versement d'un capital et/ou d'indemnités.

**Sinistre collectif**

Ensemble des réclamations formulées à l'Assureur par des bénéficiaires différents, à partir du moment où ces réclamations sont consécutives à un seul et même fait générateur.

Lorsqu'un même fait générateur affecte plusieurs Assurés et que le total des indemnités dues dépasse la limite de garantie pour sinistre collectif, l'Assureur effectue entre les bénéficiaires une répartition proportionnelle, sans qu'aucune préférence ne soit accordée, ni à l'ordre de présentation des réclamations, ni à l'une des catégories d'indemnités assurées.

Toutefois, pour cette répartition, il n'est tenu compte que des seules réclamations présentées à l'Assureur dans le délai de deux ans après la date de l'accident. En cas de contestation, il est procédé, par les soins du Président du Tribunal de Grande Instance compétent, à la désignation d'un amiable compositeur chargé de veiller ou de procéder lui-même, le cas échéant, à cette répartition proportionnelle.

Souscripteur

La Fédération Française de Hockey-sur-Glace (FFHG) qui signe le contrat et s'engage à acquitter les cotisations.



2. Objet du contrat

Le présent contrat a pour objet de garantir, au(x) bénéficiaire(s), le paiement d'indemnités et/ou d'un capital, en cas de réalisation des risques suivants, atteignant l'Assuré pendant la durée du contrat et dans les limites et conditions de ce dernier dans le cadre des activités garanties.

3. Garanties et montant des garanties

Les garanties de base (**options A, D, E et F**) et complémentaires (**options B et C**) et les montants des garanties applicables sont ceux indiqués dans les tableaux ci-après.

Les garanties de base de l'**option A** sont acquises aux licenciés (à l'**exclusion** des dirigeants statutaires, Sportifs de Haut Niveau, membres des Équipes de France et arbitres missionnés par la FFHG) lorsqu'elles sont souscrites au moment de la prise de Licence.

Les garanties complémentaires optionnelles (**options B et C**) sont acquises aux licenciés lorsqu'elles sont souscrites au Bulletin Individuel d'Adhésion Facultative (formulaire dématérialisé de souscription).

L'adhésion aux garanties complémentaires optionnelles est réservée aux licenciés (à l'exclusion des dirigeants statutaires, Sportifs de Haut Niveau, membres des Équipes de France et arbitres missionnés par la FFHG).

Les garanties de base de l'**option D** sont accordées d'office aux dirigeants statutaires (à titre gratuit).

Les garanties de base de l'**option E** sont acquises aux arbitres missionnés par la FFHG.

Les garanties de base de l'**option F** sont acquises aux Sportifs de Haut Niveau et aux membres des Équipes de France.

Les garanties de base de l'**option G** sont acquises aux non-licenciés de la FFHG sur invitation d'un club affilié à la FFHG (Try Out, Essais, portes ouvertes) **et sous réserve d'une déclaration préalable auprès d'AIAC / Assureur** (à titre gratuit) et aux non-licenciés de la FFHG évoluant sur la glace, avec ou sans patins, sur invitation d'un club assuré en Responsabilité Civile lors des journées promotionnelles ou des « coups d'envoi officiels ».



3.1. Tableau des garanties de base pour tous les Licenciés

(Hors Dirigeants Statutaires, Sportifs de Haut Niveau, Membres des Équipes de France et Arbitres missionnés par la FFHG)

OPTION A – GARANTIES DE BASE

OPTION A - GARANTIES DE BASE POUR TOUS LES LICENCIÉS HORS DIRIGEANTS STATUTAIRES, SPORTIFS DE HAUT NIVEAU, MEMBRES DES ÉQUIPES DE FRANCE ET ARBITRES MISSIONNÉS PAR LA FFHG		
GARANTIES	MONTANTS DES GARANTIES	FRANCHISE
DÉCÈS ACCIDENTEL GARANTI	25 000 €	Néant
INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE À LA SUITE D'ACCIDENT GARANTI	Taux d'invalidité : - compris entre 11% et 32 % : 40 000 € x taux d'IP - compris entre 33 % et 65 % : 80 000 € x taux d'IP - supérieur à 66 % : 160 000 € x taux IP	Relative 10%
DESTRUCTION DE L'ÉQUIPEMENT À LA SUITE D'ACCIDENT GARANTI	150 € maximum par an	Néant
FRAIS MÉDICAUX ENGAGÉS EN FRANCE MÉTROPOLITAINE UNIQUEMENT ET À LA SUITE D'ACCIDENT GARANTI ⁽¹⁾	Frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques : dans la limite de 100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale française ⁽²⁾	Néant
	Forfait journalier hospitalier : dans la limite des frais réels et au maximum pendant 90 jours	
	Soins dentaires et prothèses dentaires : 450 € par dent et maximum 5 000 € par accident sous réserve du port du casque et/ou du protège dent	
	Bris de lunettes : 200 € maximum par bris (monture + verres)	
FRAIS DE REMISE À NIVEAU SCOLAIRE À LA SUITE D'ACCIDENT GARANTI	25 € par licencié et par jour et au maximum pendant 90 jours	15 jours d'arrêt
FRAIS DE RECHERCHE ET DE SECOURS À LA SUITE D'ACCIDENT GARANTI	1 500 € par accident	Néant

⁽¹⁾ Frais de traitement prescrits par un médecin, soumis ou non à remboursement de la Sécurité sociale française, nécessités par un accident garanti (après déduction des prestations versées par la Sécurité sociale française et/ou assurances complémentaires de frais de santé lorsque l'Assuré bénéficie des régimes de protection sociale correspondants).

⁽²⁾ Dans la limite d'un **forfait de 250 €** pour les Assurés ne bénéficiant pas du régime de la Sécurité sociale française.



3.2. Tableau des garanties complémentaires optionnelles pour tous les Licenciés (Hors Dirigeants Statutaires, Sportifs de Haut Niveau, Membres des Équipes de France et Arbitres missionnés par la FFHG)

OPTIONS B ET C

Les garanties complémentaires optionnelles viennent se substituer aux garanties de base de l'option A.

L'adhésion aux garanties complémentaires optionnelles est réservée aux licenciés (hors dirigeants statutaires, Sportifs de Haut Niveau, membres des Équipes de France et arbitres missionnés par la FFHG).

GARANTIES COMPLÉMENTAIRES OPTIONNELLES POUR TOUS LES LICENCIÉS HORS DIRIGEANTS STATUTAIRES, SPORTIFS DE HAUT NIVEAU, MEMBRES DES ÉQUIPES DE FRANCE ET ARBITRES MISSIONNÉS PAR LA FFHG			
GARANTIES	MONTANTS DES GARANTIES OPTION B	MONTANTS DES GARANTIES OPTION C	FRANCHISE
DÉCÈS ACCIDENTEL GARANTI	50 000 €	90 000 €	Néant
INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE À LA SUITE D'ACCIDENT GARANTI	Taux d'invalidité : - compris entre 11% et 32 % : 60 000 € x taux d'IP - compris entre 33 % et 65 % : 120 000 € x taux d'IP - supérieur à 66 % : 240 000 € x taux IP	Taux d'invalidité : - compris entre 11% et 32 % : 80 000 € x taux d'IP - compris entre 33 % et 65 % : 160 000 € x taux d'IP - supérieur à 66 % : 320 000 € x taux IP	Relative 10 %
INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL EN CAS D'HOSPITALISATION À LA SUITE D'ACCIDENT GARANTI Uniquement pour les licenciés exerçant une activité professionnelle régulière	Indemnités journalières : 30 € par jour et au maximum pendant 365 jours	Indemnités journalières : 45 € par jour et au maximum pendant 365 jours	3 jours
DESTRUCTION DE L'ÉQUIPEMENT À LA SUITE D'ACCIDENT GARANTI	150 € maximum par an		Néant



GARANTIES	MONTANTS DES GARANTIES OPTION B	MONTANTS DES GARANTIES OPTION C	FRANCHISE
FRAIS MÉDICAUX ENGAGÉS EN FRANCE MÉTROPOLITAINE UNIQUEMENT ET À LA SUITE D'ACCIDENT GARANTI ⁽¹⁾	Frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques : dans la limite de 100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale française ⁽²⁾		Néant
	Forfait journalier hospitalier : dans la limite des frais réels et au maximum pendant 90 jours		
	Soins dentaires et prothèses dentaires : 450 € par dent et maximum 5 000 € par accident sous réserve du port du casque et/ou du protège dent		
	Bris de lunettes : 200 € maximum par bris (monture + verres)		
FRAIS DE REMISE À NIVEAU SCOLAIRE À LA SUITE D'ACCIDENT GARANTI	25 € par licencié et par jour et au maximum pendant 90 jours		15 jours d'arrêt
FRAIS DE RECHERCHE ET DE SECOURS À LA SUITE D'ACCIDENT GARANTI	1 500 € par accident		Néant

⁽¹⁾ Frais de traitement prescrits par un médecin, soumis ou non à remboursement de la Sécurité sociale française, nécessités par un accident garanti (après déduction des prestations versées par la Sécurité sociale française et/ou assurances complémentaires de frais de santé lorsque l'Assuré bénéficie des régimes de protection sociale correspondants).

⁽²⁾ Dans la limite d'un **forfait de 250 €** pour les Assurés ne bénéficiant pas du régime de la Sécurité sociale française.



3.3. Tableau des garanties de base pour les Dirigeants Statutaires

OPTION D - GARANTIES DE BASE

OPTION D - GARANTIES DE BASE POUR LES DIRIGEANTS STATUTAIRES		
GARANTIES	MONTANTS DES GARANTIES	FRANCHISE
DÉCÈS ACCIDENTEL GARANTI	50 000 €	Néant
INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE À LA SUITE D'ACCIDENT GARANTI	Taux d'invalidité : - compris entre 11% et 32 % : 60 000 € x taux d'IP - compris entre 33 % et 65 % : 120 000 € x taux d'IP - supérieur à 66 % : 240 000 € x taux IP	Relative 10 %
INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL À LA SUITE D'ACCIDENT GARANTI Uniquement pour les licenciés exerçant une activité professionnelle régulière	Indemnités journalières : 30 € par jour et au maximum pendant 365 jours	15 jours d'arrêts ramenée 3 jours en cas d'hospitalisation
FRAIS MÉDICAUX ENGAGÉS EN FRANCE MÉTROPOLITAINE UNIQUEMENT ET À LA SUITE D'ACCIDENT GARANTI ⁽¹⁾	Dans la limite de 5 000 € par accident : - Frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques : dans la limite de 100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale française ⁽²⁾ - Forfait journalier hospitalier : dans la limite des frais réels et au maximum pendant 90 jours - Soins dentaires et prothèses dentaires : dans la limite de 450 € par dent (4 dents au maximum) sous réserve du port du casque et/ou du protège dent - Bris de lunettes : 200 € maximum par bris (monture + verres)	Néant
FRAIS DE RECHERCHE ET DE SECOURS À LA SUITE D'ACCIDENT GARANTI	1 500 € par accident	Néant

⁽¹⁾ Frais de traitement prescrits par un médecin, soumis ou non à remboursement de la Sécurité sociale française, nécessités par un accident garanti (après déduction des prestations versées par la Sécurité sociale française et/ou assurances complémentaires de frais de santé lorsque l'Assuré bénéficie des régimes de protection sociale correspondants).

⁽²⁾ Dans la limite d'un **forfait de 250 €** pour les Assurés ne bénéficiant pas du régime de la Sécurité sociale française.



3.4. Tableau des garanties de base pour les Arbitres missionnés par la FFHG

OPTION E – GARANTIES DE BASE

OPTION E - GARANTIES DE BASE POUR LES ARBITRES MISSIONNÉS PAR LA FFHG		
GARANTIES	MONTANTS DES GARANTIES	FRANCHISE
DÉCÈS ACCIDENTEL GARANTI	75 000 €	Néant
INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE À LA SUITE D'ACCIDENT GARANTI	Taux d'invalidité : - compris entre 6 % et 32 % : 140 000 € x taux d'IP - compris entre 33 % et 65 % : 180 000 € x taux d'IP - supérieur à 66 % : 260 000 € x taux IP	Relative 5 %
INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL À LA SUITE D'ACCIDENT GARANTI Uniquement pour les licenciés exerçant une activité professionnelle régulière	Indemnités journalières : 100 € par jour et au maximum pendant 365 jours	15 jours d'arrêts ramenée 3 jours en cas d'hospitalisation
FRAIS MÉDICAUX ENGAGÉS EN FRANCE MÉTROPOLITAINE UNIQUEMENT ET À LA SUITE D'ACCIDENT GARANTI ⁽¹⁾	Dans la limite de 5 000 € par accident : - Frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques : dans la limite de 100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale française ⁽²⁾ - Forfait journalier hospitalier : dans la limite des frais réels et au maximum pendant 90 jours - Soins dentaires et prothèses dentaires : dans la limite de 450 € par dent (4 dents au maximum) sous réserve du port du casque - Bris de lunettes : 200 € maximum par bris (monture + verres)	Néant
FRAIS DE RECHERCHE ET DE SECOURS À LA SUITE D'ACCIDENT GARANTI	1 500 € par accident	Néant

⁽¹⁾ Frais de traitement prescrits par un médecin, soumis ou non à remboursement de la Sécurité sociale française, nécessités par un accident garanti (après déduction des prestations versées par la Sécurité sociale française et/ou assurances complémentaires de frais de santé lorsque l'Assuré bénéficie des régimes de protection sociale correspondants).

⁽²⁾ Dans la limite d'un **forfait de 250 €** pour les Assurés ne bénéficiant pas du régime de la Sécurité sociale française.



3.5. Tableau des garanties de base pour les Sportifs de Haut Niveau et les Membres des Équipes de France

OPTION F - GARANTIES DE BASE

OPTION F - GARANTIES DE BASE POUR LES SPORTIFS DE HAUT NIVEAU ET LES MEMBRES DES ÉQUIPES DE FRANCE		
GARANTIES	MONTANTS DES GARANTIES	FRANCHISE
DÉCÈS ACCIDENTEL GARANTI	75 000 €	Néant
INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE À LA SUITE D'ACCIDENT GARANTI	Taux d'invalidité : - compris entre 6 % et 32 % : 140 000 € x taux d'IP - compris entre 33 % et 65 % : 180 000 € x taux d'IP - supérieur à 66 % : 260 000 € x taux IP	Relative 5 %
INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL À LA SUITE D'ACCIDENT GARANTI Uniquement pour les licenciés exerçant une activité professionnelle régulière	Indemnités journalières : 100 €⁽²⁾ par jour et au maximum pendant 365 jours	3 jours
DESTRUCTION DE L'ÉQUIPEMENT À LA SUITE D'ACCIDENT GARANTI	150 € maximum par an	Néant
FRAIS MÉDICAUX ENGAGÉS EN FRANCE MÉTROPOLITAINE UNIQUEMENT ET À LA SUITE D'ACCIDENT GARANTI ⁽¹⁾	- Frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques : dans la limite de 150 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale	Néant
	- Forfait journalier hospitalier : dans la limite des frais réels et au maximum pendant 90 jours	
	Soins dentaires et prothèses dentaires : 450 € par dent et maximum 5 000 € par accident sous réserve du port du casque et/ou du protège dent	
	- Bris de lunettes : 200 € maximum par bris (monture + verres)	
	- Frais de premier transport (soit vers le domicile habituel soit vers le service hospitalier approprié le plus proche du domicile en France) : Frais réels dans la limite de 300 € par accident	



GARANTIES	MONTANTS DES GARANTIES	FRANCHISE
FRAIS DE REMISE À NIVEAU SCOLAIRE À LA SUITE D'ACCIDENT GARANTI	25 € par licencié et par jour et au maximum pendant 90 jours	15 jours d'arrêt
FRAIS DE RECHERCHE ET DE SECOURS À LA SUITE D'ACCIDENT GARANTI	1 500 € par accident	Néant

⁽¹⁾ Frais de traitement prescrits par un médecin, soumis ou non à remboursement de la Sécurité sociale, nécessités par un accident garanti (après déduction des prestations versées par la Sécurité sociale et/ou assurances complémentaires de frais de santé lorsque l'Assuré bénéficie des régimes de protection sociale correspondants).

⁽²⁾ Il est précisé que :

- Lorsque l'Assuré est sous contrat avec un club lors de sa sélection : l'indemnisation intervient dans la limite prévue ci-dessus en complément des régimes sociaux et à concurrence du montant du salaire en cours pour le joueur
- Lorsque l'Assuré n'est plus sous contrat avec un club lors de sa sélection (fin de CDD) : l'indemnité intervient dans la limite prévue ci-dessus en complément des prestations versés par France Travail en France, ou d'un autre régime de prestations sociales à l'étranger et à concurrence de son dernier salaire ou montant du salaire figurant sur un précontrat que l'assuré aurait pu avoir signé et déclaré à l'Assureur.



3.6. Tableau des garanties de base pour les non-licenciés de la FFHG sur invitation d'un club affilié à la FFHG

OPTION G - GARANTIES DE BASE

OPTION G - GARANTIES DE BASE POUR LES NON-LICENCIÉS DE LA FFHG SUR INVITATION D'UN CLUB AFFILIÉ À LA FFHG		
GARANTIES	MONTANTS DES GARANTIES	FRANCHISE
DÉCÈS ACCIDENTEL GARANTI	2 500 €	Néant
INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE À LA SUITE D'ACCIDENT GARANTI	5 000 € x taux d'IP	Relative 5 %
FRAIS MÉDICAUX ENGAGÉS EN FRANCE MÉTROPOLITAINE UNIQUEMENT ET À LA SUITE D'ACCIDENT GARANTI ⁽¹⁾	Dans la limite de 2 000 € par accident : - Frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques ⁽²⁾ - Soins dentaires et prothèses dentaires - Bris de lunettes - Frais de premier transport (soit vers le domicile habituel soit vers le service hospitalier approprié le plus proche du domicile en France)	Néant

⁽¹⁾ Frais de traitement prescrits par un médecin, soumis ou non à remboursement de la Sécurité sociale, nécessités par un accident garanti (après déduction des prestations versées par la Sécurité sociale et/ou assurances complémentaires de frais de santé lorsque l'intéressé bénéficie des régimes de protection sociale correspondants).

⁽²⁾ Dans la limite d'un forfait de 250 € pour les Assurés ne bénéficiant pas du régime de la Sécurité sociale française.



4. Évènements garantis

L'Assureur s'engage à verser les indemnités indiquées au tableau de garanties à l'article 3 de la présente Notice d'information valant Conditions Générales en cas d'accident garanti dont l'Assuré serait victime, dans le cadre des activités garanties.

4.1. Décès accidentel garanti

Lorsqu'un Assuré est victime d'un accident et décède de ses suites dans les 12 mois de sa survenance, l'Assureur verse au(x) bénéficiaire(s) la somme indiquée au tableau de garanties à l'article 3 de la présente Notice d'information valant Conditions Générales.

Pour les mineurs de moins de 12 ans, les majeurs en tutelle et les personnes placées dans un établissement psychiatrique d'hospitalisation, l'indemnité versée sera limitée au remboursement, sur justificatifs, des frais d'obsèques à concurrence du capital indiqué au tableau de garanties à l'article 3 de la présente Notice d'information valant Conditions Générales, conformément aux dispositions de l'article L.132-3 du Code des assurances.

Dispositions particulières en cas de disparition de l'Assuré :

Si le corps de l'Assuré n'a pas été retrouvé à la suite d'un accident d'avion, d'un naufrage, de la destruction d'un moyen de transport public ou la disparition du moyen de transport public utilisé, et si aucune nouvelle n'a été reçue de l'Assuré, des autres passagers ou des membres d'équipage dans les douze mois qui suivent, alors il sera présumé que l'Assuré aura péri des suites de cet événement. Le capital pourra être versé avant l'expiration du délai de douze mois sur présentation d'un jugement déclaratif de décès.

4.2. Invalidité permanente totale ou partielle à la suite d'accident garanti

Lorsqu'un Assuré est victime d'un accident au cours des activités garanties et qu'il est établi qu'il reste invalide de ses suites, partiellement ou totalement, l'Assureur verse à l'Assuré la somme obtenue en multipliant le capital indiqué ci-dessus par le taux d'invalidité du barème d'invalidité déterminé par l'Assureur, et tel qu'indiqué au tableau de garanties à l'article 3 de la présente Notice d'information valant Conditions Générales.

Le degré d'invalidité est fixé dès qu'il y a consolidation de l'état de l'Assuré et au plus tard à l'expiration d'un délai de 3 ans à partir de la date de l'accident.

Pour les cas d'invalidité non prévus au barème, les taux sont fixés par comparaison de leur gravité avec des cas énumérés dans le barème.

Les taux d'invalidité sont fixés en dehors de toute considération professionnelle ou scolaire ou en dehors de tout état préexistant.

La perte anatomique de membres ou d'organes déjà perdus fonctionnellement avant l'accident ne peut donner lieu à indemnisation.



Les lésions aux membres ou organes déjà invalides avant l'accident ne sont indemnisées que par différence entre l'état avant et après l'accident.

L'évaluation des lésions à un membre ou organe ne peut être influencée par l'état d'invalidité préexistant d'un autre membre ou organe.

Si plusieurs membres ou organes sont atteints par le même accident, les taux d'invalidité se cumuleront sans pouvoir dépasser 100%.

En cas de décès accidentel avant consolidation de l'invalidité, seul le capital prévu en cas de décès sera versé déduction faite éventuellement des sommes qui auraient pu être avancées au titre de l'invalidité. Il n'y a pas cumul des garanties décès et invalidité lorsqu'elles résultent d'un même événement.

4.3. Frais médicaux à la suite d'accident garanti

L'Assureur s'engage à rembourser à l'Assuré, jusqu'à concurrence des montants indiqués au tableau de garanties à l'article 3 de la présente Notice d'information valant Conditions Générales, des frais médicaux prescrits par un médecin, soumis ou non à remboursement de la Sécurité sociale, consécutifs à un accident garanti (après déduction des prestations versées par la Sécurité sociale et/ou assurances complémentaires de frais santé lorsque l'Assuré bénéficie des régimes de protection sociale correspondants).

Pour les Assurés ne bénéficiant pas du régime de la Sécurité sociale française, les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques sont remboursés **dans la limite d'un forfait de 250 €**.

Par dérogation, pour les Sportifs de Haut Niveau et les Membres des Équipes de France (option F), les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques sont remboursés **dans la limite de 150% de la base de remboursement de la Sécurité sociale (française ou étrangère)**.

4.4. Frais de transport à la suite d'accident garanti

L'Assureur s'engage à rembourser à l'Assuré, jusqu'à concurrence du montants indiqué au tableau de garanties à l'article 3 de la présente Notice d'information valant Conditions Générales, des frais de transport consécutifs à un accident garanti, jusqu'au lieu où l'Assuré pourrait recevoir les premiers soins d'urgence que nécessite son état, en l'absence de prestations reçues par l'Assuré au titre d'un régime de frais de santé collectif ou de protection sociale ; à défaut le remboursement se limite à la différence entre les dépenses réellement engagées et dûment justifiées, et ces prestations.

4.5. Incapacité temporaire totale de travail à la suite d'accident garanti

Si à la suite d'un accident garanti, l'Assuré est atteint d'une incapacité temporaire totale de travail entraînant une interruption d'activité professionnelle, l'Assureur lui versera l'indemnité journalière dont le montant est indiqué au tableau de garanties à l'article 3 de la présente Notice d'information valant Conditions Générales, par jour d'arrêt de travail prescrit médicalement.



L'indemnité journalière sera versée mensuellement à terme échu à l'issue d'une période non indemnisée appelée franchise. Le versement de l'indemnité cessera au jour de la guérison ou de la consolidation et au maximum, jusqu'au 365^e jour suivant l'arrêt.

La franchise dont le nombre de jours est indiqué au tableau de garanties à l'article 3 de la présente Notice d'information valant Conditions Générales est décomptée à partir du premier jour d'arrêt d'activité.

Toute possibilité de reprise partielle de l'activité professionnelle de l'assuré entraîne une réduction des prestations de 50 %.

Toute reprise totale d'activité professionnelle entraîne l'arrêt de la prestation.

En cas de rechute dans les 90 jours suivant la reprise d'activité, le versement de l'indemnité journalière sera repris sans franchise et sans que le nombre total de journées d'incapacité indemnisées soit supérieur au maximum prévu.

Pour un même accident, tout nouvel arrêt au-delà des 90 jours suivant la reprise d'activité, entraînera une nouvelle application de la franchise.

4.5. Destruction de l'équipement à la suite d'accident garanti

L'Assureur s'engage, à concurrence du montant maximum fixé au tableau de garanties à l'article 3 de la présente Notice d'information valant Conditions Générales, à rembourser sur justificatifs l'équipement sportif en cas de destruction consécutive à un accident garanti (y compris en cas de détérioration par les services de secours).

4.6. Frais de remise à niveau scolaire à la suite d'accident garanti

Par suite d'accident garanti survenu lors de la pratique des activités assurées, l'Assuré peut être contraint d'interrompre sa scolarité. L'Assureur s'engage, à concurrence du montant maximum fixé au tableau de garanties à l'article 3 de la présente Notice d'information valant Conditions Générales, à rembourser sur justificatifs :

- les frais exposés, pour la remise à niveau scolaire de l'Assuré, élève d'un établissement scolaire.
- les frais de garde à domicile engagés par ses parents/représentants légaux.

Les frais engagés doivent être justifiés par les parents ou tuteurs de l'Assuré.

La garantie cesse dès la reprise de l'activité scolaire de l'Assuré.

4.7. Frais de recherche et de secours à la suite d'accident garanti

L'Assureur garantit le remboursement, sur justificatifs, des frais de recherche et de secours mis en œuvre par un organisme de secours public ou privé et habilité pour venir au secours de l'Assuré, ainsi que son transport jusqu'à l'hôpital le plus proche à concurrence d'un montant fixé au tableau de garanties à l'article 3 de la présente Notice d'information valant Conditions Générales.



5. Engagement maximum de l'Assureur

L'engagement maximum de l'Assureur ne pourra être supérieur à **1 500 000 €** pour un même événement, quel que soit le nombre d'assurés victime de cet accident.

Eventuellement, les capitaux garantis par Assuré devront subir une réduction de coefficient identique pour tous les assurés impliqués dans un même accident et/ou événement, de telle sorte que le cumul des capitaux assurés n'excède pas le maximum indiqué ci-dessus. C'est ce capital réduit qui servira de base au règlement de l'indemnité relative à chaque Assuré.

L'engagement maximum de l'Assureur est fixé à **1 500 000 €** par sinistre et par année d'assurance.

6. Non-cumul de la garantie responsabilité civile et individuelle accidents

Lorsqu'un sinistre met en jeu à la fois la garantie du contrat RESPONSABILITE CIVILE et la garantie du contrat INDIVIDUELLE ACCIDENTS au profit d'une même victime, celle-ci percevra exclusivement, **sans cumul possible**, la plus élevée des indemnités résultant de l'une ou l'autre des garanties, les premiers règlements effectués au titre de l'une d'elles ayant un caractère d'avance à valoir sur le règlement définitif.

Si l'accident ne met pas en jeu la garantie responsabilité civile, la victime percevra la seule indemnité prévue au titre de la garantie individuelle accidents.



7. Exclusions

SONT EXCLUES DE L'ASSURANCE LES CONSÉQUENCES :

- de maladie ;
 - d'éthylisme, d'ivresse manifeste ou s'il est révélé qu'au moment d'un accident, l'assuré avait une alcoolémie égale ou supérieure à celle fixée par la réglementation française régissant la circulation automobile, sauf s'il apporte la preuve de l'absence de relation de cause à effet ;
- Toutefois :
- si l'accident survient dans un pays où la législation locale est plus restrictive que la réglementation française, l'alcoolémie maximale retenue sera celle fixée par la législation locale ;
 - à l'inverse, si l'alcoolémie fixée par la réglementation locale est supérieure à celle fixée par la législation française, l'alcoolémie maximale autorisée sera celle fixée par la réglementation française ;
- d'usage de drogues, stupéfiants ;
- d'usage sans prescription médicale de médicaments ou tranquillisants ne pouvant être délivrés qu'avec prescription médicale ;
- de suicide ou de tentative de suicide survenant au cours de la première année suivant la date d'entrée en garantie de l'assuré ;
- de guerre civile ou étrangère, d'insurrection, d'émeutes ou mouvements populaires, ainsi que des opérations de maintien de l'ordre dans le cadre de résolutions de l'ONU ou autre institution similaire, ainsi que les opérations de maintien de la paix ;
- d'un accident subi à l'occasion d'un déplacement ou séjour dans une des régions ou un des pays déconseillés par le Ministère français des Affaires étrangères. Pour les personnes déjà présentes dans cette zone à la date de l'inscription de cette zone sur les listes du ministère des affaires étrangères, l'exclusion ne s'applique qu'à compter du 14^e jour suivant cette inscription ;
- de la participation active de l'assuré à des émeutes, mouvements populaires, actes de sabotage, crimes ou délits intentionnels, rixes, sauf en cas de légitime défense, attentat, acte de terrorisme ;
- d'accidents survenus avant la date d'entrée en garantie de l'assuré ;
- d'un fait intentionnel de l'assuré, du bénéficiaire ou du souscripteur ;
- d'un traitement esthétique et/ou d'opération de chirurgie esthétique non consécutif à un accident garanti ainsi que leurs suites et conséquences ;
- d'un accident résultant :
 - de la conduite d'un véhicule si l'assuré n'est pas titulaire d'un permis réglementaire imposé par la législation locale,
 - de tout combustible nucléaire, produit ou déchet radioactif,
 - de tout engin destiné à irradier ou à exploser par modification du noyau de l'atome, ainsi que de leur décontamination,
 - de l'action directe ou indirecte de tout agent biologique ;



- d'un accident résultant de la navigation aérienne, sauf en qualité de passager sur un avion de ligne commerciale régulière ou à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et dont le pilote possède un brevet et une licence réglementaire ;
- De la pratique des activités suivantes :
 - acrobaties aériennes,
 - parachutisme, ULM, deltaplane, parapente ou engins similaires,
 - essais, entraînements ou participation à des épreuves ou compétitions comportant l'utilisation de véhicules ou embarcations à moteur,
 - raids sportifs,
 - tentatives de records, paris de toute nature ;
- de cure de toute nature ;
- de la négligence, du défaut de soins ou de l'usage de soins empiriques sans contrôle médical (sauf cas de force majeure). Les garanties sont alors versées en fonction des conséquences que l'accident aurait eues sur une personne soignée dans les règles de l'art ;
- d'affections neurologiques, psychiatriques ou psychologiques ;
- Sont également exclus les hernies discales ou autres hernies, les lumbagos, sciatiques et affections dites « tours de reins », les affections coronariennes, les hémorragies méningées, les névrites atteignant un nerf de la région traumatisée.

8. Territorialité

Les garanties s'exercent pour les accidents survenus :

- Dans les États membres de l'Union Européenne, et dans l'Outre-Mer
- Dans le monde entier, **à l'exception des pays présentant des risques pour les ressortissants étrangers et identifiés comme tels par la cellule de veille du ministère des Affaires étrangères**, à l'occasion de la participation de l'Assuré à des compétitions et épreuves sportives, à des expositions, congrès et colloques ainsi qu'à l'occasion de voyages ou séjours d'études, stages et missions, autorisées ou organisées par la FFHG, et dont la durée est inférieure à 90 jours consécutifs.



9. Déclaration des sinistres

9.1. Modalités de déclaration des sinistres

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

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

L'Assuré doit fournir au courtier gestionnaire le Formulaire de Licence et le cas échéant, le Bulletin Individuel d'Adhésion Facultative indiquant la nature des garanties souscrites.

Outre la déclaration d'accident individuelle réalisée auprès d'AIAC COURTAGE l'Assuré doit adresser les documents ci-après décrits :

- En cas de décès de l'Assuré : un certificat de décès et le cas échéant un certificat médical précisant le caractère accidentel du décès et les causes de celui-ci.
- En cas de blessures de l'Assuré : l'attestation médicale initiale reprise au verso de la déclaration d'accident individuelle mise à sa disposition.
- Si l'assuré est grièvement blessé : un certificat de prolongation précisant les raisons et la durée de ladite prolongation.
- Si l'Assuré est hospitalisé : un certificat précisant la date d'entrée et de sortie de l'hôpital.

Pour obtenir un règlement définitif :

- Pour le remboursement des frais médicaux, l'Assuré doit fournir les décomptes de Sécurité Sociale et/ou de tout autre régime de complémentaire santé pour évaluer la différence entre les frais garantis et ceux déjà remboursés.
- En cas d'invalidité permanente, une expertise médicale est diligentée pour déterminer le degré d'invalidité selon le barème d'invalidité déterminé par l'Assureur.

En cas d'incapacité temporaire de travail, il devra fournir un certificat d'arrêt de travail, un justificatif de perte de salaire délivré par l'employeur et un certificat de reprise de travail indiquant si la reprise est totale ou partielle.



9.2. Modalités de règlement des indemnités

Les indemnités sont payables en France et en euros comme suit :

Païement du capital décès

Le capital décès est versé au(x) bénéficiaire(s) tels que définis à l'article 1 « Définitions » de la présente Notice d'information valant Conditions Générales dès que l'Assureur a reçu, examiné et validé toutes les pièces reçues et éventuellement réclamées par celui-ci, dans un délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la totalité des pièces requises à l'analyse du sinistre décès.

Païement du capital invalidité

Le degré d'invalidité est fixé dès qu'il y a consolidation de l'état de l'Assuré et au plus tard dans un délai de 3 ans à compter de la date de l'accident.

Le capital invalidité est versé à l'Assuré dès que l'Assureur a reçu, examiné et validé toutes les pièces reçues et éventuellement réclamées par celui-ci, dans un délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la totalité des pièces requises à l'analyse du sinistre.

En cas d'invalidité permanente, si l'accord des parties sur le taux d'invalidité définitif n'est pas intervenu ou si la consolidation n'est pas survenue à l'expiration d'un délai d'1 an à compter de la date de déclaration du sinistre, des acomptes peuvent être versés sur demande de l'Assuré.

Remboursement des frais médicaux

A réception des décomptes de Sécurité Sociale et/ou de tout autre régime de complémentaire santé l'Assureur évaluera la différence entre les frais garantis et ceux déjà remboursés.

L'indemnisation viendra, s'il y a lieu, en complément des indemnités ou prestations de même nature qui pourraient être allouées à l'Assuré, s'il est affilié à un régime obligatoire ou tout autre régime de complémentaire santé sans qu'il puisse percevoir au total un montant supérieur à celui de ses débours réels.

Versement des indemnités journalières

L'indemnité journalière sera versée mensuellement à terme échu à l'issue d'une période non indemnisée appelée franchise. Le versement de l'indemnité cessera au jour de la guérison ou de la consolidation et au maximum, jusqu'au 365^e jour suivant l'arrêt.

La franchise dont le nombre de jours est indiqué au tableau de garanties à l'article 3 de la présente Notice d'information valant Conditions Générales est décomptée à partir du premier jour d'arrêt d'activité.

Toute possibilité de reprise partielle de l'activité professionnelle de l'assuré entraîne une réduction des prestations de 50 %.

Toute reprise totale d'activité professionnelle entraîne l'arrêt de la prestation.

En cas de rechute dans les 90 jours suivant la reprise d'activité, le versement de l'indemnité journalière sera repris sans franchise et sans que le nombre total de journées d'incapacité indemnisées soit supérieur au maximum prévu.

Pour un même accident, tout nouvel arrêt au-delà des 90 jours suivant la reprise d'activité, entraînera une nouvelle application de la franchise.



Remboursement des frais de remise à niveau scolaire

L'Assuré doit présenter un certificat médical prescrivant un arrêt de scolarité supérieur à 15 jours. Seuls seront pris en charge les frais engagés à compter du 16^{ème} jour d'arrêt et jusqu'à la reprise de l'activité scolaire.

Destruction de l'équipement à la suite d'accident garanti

L'Assuré doit présenter la facture d'achat de l'équipement sportif.

9.4. Arbitrage

Une expertise médicale peut s'avérer nécessaire pour constater l'état d'incapacité de travail ou d'invalidité permanente. Dans ce cas, les honoraires du médecin que l'Assureur charge de réaliser cette expertise, sont réglés par ses soins.

Les conclusions de l'expertise sont notifiées à l'Assuré par lettre recommandée avec accusé de réception. Elles peuvent conduire l'Assureur à cesser, à refuser ou à réduire le versement de ses prestations.

En cas de contestation d'ordre médical portant sur les causes ou les conséquences du sinistre, le différend est soumis à une expertise.

Chacune des parties désigne un médecin. Si les médecins ainsi désignés ne sont pas d'accord, ils s'adjoignent un troisième médecin ; les trois médecins opèrent alors en commun et à la majorité des voix.

Faute par l'une des parties de nommer son médecin ou par les deux médecins de s'entendre sur le choix du troisième, la désignation est effectuée par le Président du Tribunal de Grande Instance ou du Tribunal de Commerce du domicile du Souscripteur et/ou de l'Assuré.

Dans la troisième éventualité, la nomination a lieu sur simple requête de la partie la plus diligente, faite au plus tôt quinze jours après l'envoi, à l'autre partie, d'une lettre recommandée de mise en demeure avec avis de réception ; s'il y a lieu à désignation d'un troisième médecin, celle-ci est faite par le Président du Tribunal statuant en référé.

Chaque partie paie les frais et honoraires de son médecin et, s'il y a lieu, la moitié des honoraires du troisième médecin et les frais de sa nomination.



9.5. Subrogation

Après le paiement des sommes assurées en cas de décès, d'invalidité permanente ou d'incapacité temporaire aucun recours n'est possible contre le responsable du sinistre, conformément à l'article L131-2 du Code des assurances.

Il en va de même pour les autres garanties souscrites, à l'exception de la garantie des frais de traitement, pour laquelle, lorsqu'une indemnité a été versée, l'assureur est substitué dans les droits et actions de l'assuré jusqu'à concurrence de cette indemnité contre tout responsable du dommage. **Si par le fait de l'assuré cette subrogation ne peut s'opérer, la garantie de l'assureur cesse d'être engagée.**

Ces dispositions ne s'appliquent pas, sauf en cas de malveillance, à son conjoint, ses descendants et ascendants, préposés, ainsi qu'à toutes personnes vivant habituellement au foyer de l'Assuré.

10. Vie de l'adhésion

10.1. Prise d'effet et durée des garanties

Les garanties prennent effet au jour de la saisie de la demande sur internet pour les garanties de base et/ou pour les garanties complémentaires (via l'espace personnel du licencié : <http://www.licencies.hockeynet.fr>)

L'adhésion au contrat doit se faire au moment du renouvellement de la licence fixé du 1^{er} juillet de l'année N au 30 juin de l'année N+1. L'adhésion n'est pas automatique et doit faire l'objet d'une nouvelle adhésion sur le site internet de la Fédération Française de Hockey-sur-Glace.

Les garanties restent acquises jusqu'au 30 septembre pour tous les Assurés titulaires d'une licence FFHG de la saison précédente (délai administratif accordé par l'Assureur pour le renouvellement de la licence).

Reprise des licenciés 2025/2026

La garantie est acquise dès le 1^{er} juillet 2026 et jusqu'au 30 septembre 2026 pour tous les Assurés titulaires d'une licence FFHG saison 2025/2026.

Renonciation

Selon les modalités définies à l'article 10.2. de la présente Notice d'information valant Conditions Générales, l'Assuré peut renoncer au bénéfice des garanties de base en cas d'accidents corporels et assistance contenues dans la Licence. Pour cela, l'Assuré doit en faire expressément la demande au moment de son inscription ou lors du renouvellement de sa Licence en téléchargeant le formulaire de renonciation à l'assurance « Individuelle Accidents & Assistance » lors de la prise de la Licence. De ce fait, l'Assuré n'aura pas à s'acquitter de la cotisation Individuelle Accidents & Assistance.



Cessation des garanties

Les garanties cessent à l'égard de l'Assuré en cas de réalisation du risque Décès ou d'Invalidité Permanente Totale ou en cas de non-renouvellement de la licence.

Droit aux prestations en cas de résiliation ou d'expiration du contrat

Les prestations cessent d'être dues à la date de prise d'effet de la résiliation lorsque le contrat fait l'objet d'une résiliation :

- par l'Assureur pour l'un des motifs suivants : non-paiement des cotisations, omission ou inexactitude dans les déclarations du risque à la souscription ou en cours de contrat,
- de plein droit en cas de retrait de l'agrément de l'Assureur.

Lorsque le contrat fait l'objet d'une résiliation pour un motif autre que ceux indiqués ci-dessus, les prestations sont dues jusqu'à la fin du traitement médical et au plus tard jusqu'à la consolidation.

10.2. Délai de renonciation

Fourniture à distance d'opérations d'assurance : constitue une fourniture d'opération d'assurance à distance, telle que définie par l'article L 112-2-1 du Code des Assurances, la fourniture d'opérations d'assurance auprès d'un Assuré, personne physique, qui agit en dehors de toute activité commerciale ou professionnelle, dans le cadre d'un système de vente ou de prestation de services à distance organisé par l'Assureur ou l'intermédiaire d'assurance qui, pour ce contrat, utilise exclusivement des techniques de communication à distance jusqu'à, y compris, la conclusion du contrat.

Il est précisé que, conformément aux dispositions de l'article L 112-2-1 du Code des Assurances, les règles concernant la fourniture d'opération d'assurance à distance :

- ne s'appliquent qu'au premier contrat, pour les contrats à durée déterminée suivis d'autres contrats de même nature, échelonnés dans le temps, sous condition que pas plus d'un an ne se soit écoulé entre deux contrats ;
- ne s'appliquent qu'en vue et lors de la conclusion du contrat initial, pour les contrats renouvelables par tacite reconduction.

Si le contrat a été conclu à la demande du souscripteur en utilisant une technique de communication à distance ne permettant pas la transmission des informations précontractuelles et contractuelles sur un support papier ou sur un autre support durable, l'assureur ou l'intermédiaire doit exécuter ses obligations de communication immédiatement après la conclusion du contrat.

L'Assuré, personne physique, qui conclut à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle un contrat à distance, est informé qu'il dispose d'un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus pour renoncer sur un support papier ou sur un autre support durable et ce, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalité.

Ce délai commence à courir soit à compter du jour de la signature des Conditions Particulières soit à compter du jour où le souscripteur reçoit les conditions contractuelles et les informations conformément à l'article L 121-20-11 du Code de la Consommation, si cette dernière date est postérieure à la première.



L'Assuré est informé que le contrat ne peut recevoir commencement d'exécution avant l'arrivée du terme de ce délai sans son accord.

L'Assuré, qui souhaite exercer son droit de renonciation dans les conditions susvisées, peut utiliser le modèle de lettre, inséré dans les présentes, dûment complété par ses soins :

« Je soussigné [Nom – Prénom], demeurant [Adresse du souscripteur], déclare renoncer, en application des dispositions de l'article L 112-2-1 du Code des Assurances, au contrat d'assurance [Numéro du contrat], souscrit le [Date de la signature des Conditions Particulières], par l'intermédiaire de [Nom de l'intermédiaire ayant commercialisé le contrat].

Date [À compléter] Signature [Assuré] »

À cet égard, l'Assuré est informé que, s'il exerce son droit de renonciation, il sera tenu au paiement proportionnel du service financier effectivement fourni, à l'exclusion de toute pénalité, soit un montant calculé selon la règle suivante : (montant de la cotisation annuelle figurant aux Conditions Particulières du contrat) x (nombre de jours garantis) / 365.

Par dérogation, ce droit de renonciation ne s'applique pas :

- aux polices d'assurance voyage ou bagage ou aux polices similaires à court terme d'une durée inférieure à un mois ;
- aux contrats d'assurance de responsabilité civile des Véhicules Terrestres à Moteur ;
- aux contrats exécutés intégralement par les deux parties à la demande expresse du souscripteur avant que ce dernier n'exerce son droit de renonciation.



11. Vie du contrat

11.1. Obligations du Souscripteur en cours de contrat

À la souscription du contrat

Le Souscripteur doit déclarer exactement, sous peine des sanctions prévues aux articles L 113-8 (nullité du contrat) et L 113-9 (réduction des indemnités) du Code des assurances, toutes les circonstances connues de lui et qui sont de nature à faire apprécier par l'Assureur les risques qu'il doit prendre en charge.

En cours de contrat

Le Souscripteur est obligé de déclarer, en cours de contrat, les circonstances nouvelles qui ont pour conséquence soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux et rendent de ce fait inexacts ou caduques les réponses faites à l'Assureur.

Le Souscripteur doit, par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique, déclarer ces circonstances à l'Assureur dans un délai de 15 jours à partir du moment où il en a eu connaissance. Lorsque cette modification constitue une aggravation du risque au sens où si les circonstances nouvelles avaient été déclarées lors de la conclusion ou du renouvellement du contrat, l'Assureur n'aurait pas contracté ou ne l'aurait fait que moyennant une prime plus élevée (article L 113-4 du Code des assurances).

L'Assureur peut proposer :

- soit augmentation de cotisation. Si dans un délai de 30 jours à compter de la proposition de l'Assureur, le Souscripteur refuse cette proposition ou ne lui donne pas suite, l'Assureur peut résilier le contrat ;
- soit résilier le contrat. L'Assureur rembourse au Souscripteur la portion de cotisation afférente à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru. La résiliation prend effet 10 jours après notification au Souscripteur. Lorsque cette modification constitue une diminution du risque, le Souscripteur a droit à une diminution du montant de la cotisation. Si l'Assureur n'y consent pas, le Souscripteur peut dénoncer le contrat. La résiliation prend effet 30 jours après la dénonciation et l'Assureur rembourse au Souscripteur la portion de cotisation afférente à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru.



11.2. Résiliation du contrat

Comment résilier ?

- Par l'Assureur : lettre recommandée adressée à votre dernière adresse connue
- Par le Souscripteur : soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'Assureur, soit par acte extrajudiciaire, soit par lettre ou tout support durable, soit par le même mode de communication à distance utilisé pour la souscription du contrat, soit par tout autre moyen indiqué dans la police. Le destinataire confirme par écrit la bonne réception de la notification.

Dans quelles circonstances ?

1/ Par l'Assureur

- Lorsque l'Assuré a souscrit à des fins professionnelles, l'Assureur peut résilier dans les conditions prévues à l'article L113-14 du Code des assurances en respectant le délai de préavis prévu au contrat
- **En cas de changement de situation de l'Assuré** (art L113-16 et R113-6 du Code des assurances). La résiliation doit être effectuée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception
- **En cas de non-paiement de la prime** (art L113-3 du Code des assurances)
- **En cas d'aggravation du risque** (art L113-4 du Code des assurances)
- **En cas d'omission ou inexactitude dans la déclaration du risque à la souscription ou en cours de contrat** (art L113-9 du Code des assurances)

2/ Par le Souscripteur

- **A l'échéance annuelle** (art L113-12 du Code des assurances) en respectant le délai de préavis du contrat
- **En cas de hausse des cotisations**
- **En cas de changement de situation de l'Assuré** (art L113-16 et R113-6 du Code des assurances)
- **En cas de diminution du risque si l'Assureur ne consent pas à la réduction de cotisation correspondante** (art L113-4 du Code des assurances)
- **En cas de résiliation par l'Assureur d'un autre contrat après sinistre** (art R113-10 et A 211-1-2 du Code des assurances)
- **En cas de transfert de portefeuille de l'Assureur** (art L324-1 du Code des assurances)



3/ Par l'héritier, l'acquéreur d'une part, ou l'assureur d'autre part

- En cas de décès ou transfert de propriété d'une chose (art L121-10 du Code des assurances)

4/ Par l'administrateur ou le liquidateur judiciaire

- En cas d'ouverture d'une procédure de sauvegarde, redressement judiciaire ou liquidation judiciaire (art L622-13, L631-14 et L641-11-1 du Code de commerce)

5/ De plein droit

- En cas de perte totale de la chose résultant d'un événement non garanti (art L121-9 du Code des assurances)
- En cas de retrait d'agrément ou liquidation judiciaire de l'Assureur (art L326-12 et L113-6 du Code des assurances)
- En cas de réquisition de propriété des biens assurés (art L160-6 et R160-9 du Code des assurances)

12. Cotisation

La cotisation d'assurance est indiquée au moment de la prise de Licence pour les garanties de base et au moment de l'adhésion d'une option pour les garanties complémentaires (options B ou C).

La cotisation est payable par l'Assuré au moment de la prise de Licence pour les garanties de base et au moment de l'adhésion d'une option pour les garanties complémentaires (options B ou C).

13. Contrôle de l'Assureur

Dans tous les cas et à toute époque l'Assureur se réserve le droit de nommer le médecin expert de son choix, lequel aura pour mission de constater que l'état de santé de l'Assuré rentre effectivement dans le cadre des garanties définies au contrat. Le médecin mandaté par l'Assureur devra avoir libre accès auprès de l'Assuré et pourra se faire communiquer les documents qu'il jugera nécessaires.

À défaut, l'Assuré se trouvera déchu de tout droit à indemnité.

Il est bien entendu que les décisions prises par la Sécurité Sociale et les certificats médicaux nécessaires à la mise en œuvre des garanties sont inopposables à l'Assureur.

14. Déchéance

Si l'Assuré fait sciemment de fausses déclarations sur la nature et les clauses, circonstances et conséquences d'un sinistre, une déchéance de garantie pourra lui être opposée pour la totalité de ce sinistre.



15. Prescription

Conformément aux dispositions prévues par l'article L.114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Par exception, les actions dérivant d'un contrat d'assurance relatives à des dommages résultant de mouvements de terrain consécutifs à la sécheresse-réhydratation des sols, reconnus comme une catastrophe naturelle dans les conditions prévues à l'article L.125-1, sont prescrites par cinq ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance,
- 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 de l'assuré 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 l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Conformément à l'article L.114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription constituées par :

- toute demande en justice, même en référé, ou même portée devant une juridiction incompétente ;
- tout acte d'exécution forcée, ou toute mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ;
- toute reconnaissance par l'assureur du droit à garantie de l'assuré, ou toute reconnaissance de dette de l'assuré envers l'assureur.

Elle est également interrompue par :

- la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ;
- l'envoi d'une lettre recommandée ou l'envoi d'un recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés par :
 - l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime ;
 - l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Conformément à l'article L.114-3 du Code des assurances, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.



16. En cas de réclamation

Le paragraphe ci-dessous précise les modalités d'examen des réclamations et le recours possible à la Médiation de l'assurance.

Comment adresser votre réclamation ?

Dans tous les cas, vous devez formaliser par écrit votre réclamation afin que nous puissions répondre au mieux à votre insatisfaction, et l'adresser :

A votre interlocuteur AXA habituel (ses coordonnées sont indiquées sur vos courriers et sur votre Espace Client en ligne) ou au service clients avec lequel vous êtes en relation, ou, à tout moment, au Service Réclamations en fonction de la nature du litige :

Pour les garanties d'assurance

- via le formulaire de contact sur axa.fr ou en ligne depuis votre Espace Client AXA
- ou par courrier, à l'adresse suivante :
AXA France – Service Réclamations – TSA 46 307 – 95901 Cergy-Pontoise Cedex 9

Nos engagements

Un accusé de réception vous sera adressé dans un délai maximum de dix jours.

Votre situation sera étudiée avec le plus grand soin et une réponse argumentée vous sera adressée dans un délai maximum de soixante jours.

La saisine du médiateur

Vous pouvez saisir le Médiateur de l'assurance :

- deux mois après votre première réclamation écrite, que vous ayez reçu une réponse ou non de notre part
- et, en tout état de cause, dans un délai maximum d'un an à compter de la date de votre première réclamation écrite.

Cette saisine peut se faire :

- par voie électronique sur le site mediation-assurance.org
- ou par courrier, à l'adresse suivante : Le médiateur de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09.

L'intervention du Médiateur est gratuite.

Le Médiateur formulera une proposition de solution dans un délai de 3 mois à réception de votre dossier complet.

Les deux parties, vous-même et AXA, restent libres de suivre ou non la proposition du Médiateur.

Vous conservez à tout moment la possibilité de saisir le tribunal compétent.





PARTIE II : ASSISTANCE

La présente Notice valant Conditions générales a pour objet de définir les termes et les conditions de mise en application par AXA des garanties accordées à toute personne bénéficiaire, dans les limites et conditions définies ci-après. Elle détaille les garanties dont vous pouvez bénéficier ainsi que leurs modalités de mise en œuvre.

Dans la présente Notice, les mots et expressions ayant la première lettre en majuscule sont définis au sein de l'article 2. « DEFINITIONS ».

1.1 MISE EN JEU DES GARANTIES

Le non-respect par l'Assuré de ses obligations envers AXA en cours de contrat entraîne la déchéance de ses droits tels que prévus au présent Contrat.

1.1.1 Qui contacter en cas de sinistre ?

Pour obtenir les prestations d'assistance en cas de difficulté consécutive à un fait garanti, vous devez contacter immédiatement AXA, par téléphone : **+33(0)1 55 92 14 29**

Avant d'entreprendre toute action et/ou d'engager toute dépense, Vous devez obtenir l'accord préalable d'AXA.

Cet accord préalable est matérialisé par la communication d'un numéro de dossier qui Vous permettra de bénéficier des garanties du Contrat et de prétendre au remboursement des frais que Vous aurez éventuellement engagés avec l'accord d'AXA.

L'organisation par l'Assuré ou par son entourage de tout ou partie des garanties d'assistance prévues au Contrat sans l'accord préalable de l'Assisteuse, matérialisé par un numéro de dossier, ne peut donner lieu à aucun remboursement.

Vous devez Vous conformer aux solutions préconisées par AXA.

AXA se réserve le droit, préalablement à toute intervention de ses services, de vérifier la réalité de l'événement garanti et le bien-fondé de la demande qui lui aura été formulée.

1.2 Sanction en cas de fausse déclaration

1.2.1 Fausse déclaration des éléments constitutifs du risque

Toute réticence ou fausse déclaration portant sur les éléments constitutifs du risque connus de l'Adhérent l'expose aux sanctions prévues par le Code des assurances, c'est-à-dire : réduction d'indemnité ou nullité du Contrat (articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances).



1.2.2 Fausse déclaration des éléments constitutifs du sinistre

Toute réticence ou fausse déclaration portant sur les éléments constitutifs du Sinistre (date, nature, cause, circonstances ou conséquences) connus de l'Adhérent l'expose, en cas de mauvaise foi, à la déchéance de garantie.

1.3 Responsabilité d'AXA

L'engagement d'AXA repose sur une obligation de moyens et non de résultat. AXA s'engage à mobiliser tous les moyens à sa disposition pour mettre en œuvre les prestations et garanties du Contrat.

AXA ne peut être tenue pour responsable d'un quelconque dommage à caractère professionnel ou commercial, subi par un Assuré à la suite d'un incident ayant nécessité l'intervention des services d'assistance.

AXA ne peut se substituer aux organismes locaux ou nationaux de secours d'urgence ou de recherche et ne prend pas en charge les frais engagés du fait de leur intervention sauf stipulation contractuelle contraire.

1.3.1 Circonstances exceptionnelles

AXA ne peut être tenue pour responsable de la non-exécution ou des retards d'exécution des garanties provoqués par la guerre civile ou étrangère déclarée ou non, la mobilisation générale, toute réquisition des hommes et/ou du matériel par les autorités, tout acte de sabotage ou de terrorisme, tout conflit social tel que grève, émeute, mouvement populaire, toute restriction à la libre circulation des biens et des personnes, les cataclysmes naturels, les effets de la radioactivité, les épidémies, tout risque infectieux ou chimique, tous les cas de force majeure.

1.3.2 Sanctions Internationales

Définitions

On entend par « Sanctions Internationales » toutes mesures restrictives financières ou commerciales décidées par un Etat ou une Organisation Internationale / Supranationale à l'encontre d'autres États, de territoires, de personnes (physiques ou morales) et/ou d'entités (de droit public ou privé).

Ces Sanctions Internationales peuvent notamment prendre les formes suivantes :

- Interdictions ou restrictions d'importations ou d'exportations (embargos) ;
- Confiscations, saisies, gels de biens ou d'avoirs ;
- Interdictions ou restrictions de certaines activités industrielles, commerciales ou de services en particulier financiers dont assurantiels.



Les Sanctions Internationales sont évolutives tant par leur nature que dans leurs domaines d'application. Elles sont publiques et peuvent être consultées sur les sites internet des Etats et des Organisations Internationales / Supranationales.

Conséquences pour AXA

Dans l'exercice de ses activités, AXA est soumise de plein droit aux législations et réglementations d'ordre public édictées par la France, l'Union Européenne et le pays dans lequel AXA a son siège social, y compris dans le domaine des Sanctions Internationales qui peuvent lui interdire d'exécuter les obligations résultant d'un contrat d'assurance telles que :

- Couvrir un risque, et/ou ;
- Payer une somme d'argent ou fournir une prestation.

Par ailleurs, le non-respect par AXA d'autres Sanctions Internationales peut exposer ce dernier, ses employés ou les sociétés du groupe auquel il appartient, à des risques de sanctions réglementaires, administratives, civiles, et/ou pénales. Par conséquent, AXA doit également veiller à la conformité de ses activités avec les Sanctions Internationales édictées par les Etats-Unis d'Amérique, le Royaume-Uni, l'ONU et le pays du siège social de la société mère du groupe d'AXA.

Effets sur l'exécution du contrat

Suspension de l'obligation de couverture d'un risque. Lorsqu'elle a pour effet de contrevenir à une ou plusieurs Sanctions Internationales visées ci-dessus, l'exécution de l'obligation d'AXA de couvrir un risque en application du présent contrat est suspendue, dès leur entrée en vigueur. Cette suspension cesse à compter du jour où lesdites Sanctions Internationales cessent d'affecter l'obligation d'AXA. Aucun sinistre survenu pendant la période de suspension ne pourra donner lieu à garantie.

Suspension de l'obligation de payer une somme d'argent ou de fournir une prestation. Lorsqu'elle a pour effet de contrevenir à une ou plusieurs Sanctions Internationales visées ci-dessus, l'exécution de l'obligation d'AXA de payer une somme d'argent ou de fournir une prestation en application du présent contrat est suspendue, dès leur entrée en vigueur. Cette suspension s'applique notamment dans le cadre d'un sinistre ou d'un remboursement total ou partiel de prime.

Toute somme contractuellement due par AXA et dont le paiement aurait été reporté du fait des Sanctions Internationales redeviendra exigible à compter du jour où lesdites Sanctions Internationales cessent d'affecter l'obligation d'AXA.

Il en est de même, lorsque cela est possible, de la fourniture de la prestation qui avait été ainsi suspendue.

AXA informera l'Assuré de tout refus de prise en charge d'un sinistre en raison de l'existence d'une ou plusieurs Sanctions Internationales.



1.4 QUI EST COUVERT ?

➔ Se reporter à la définition « Assuré(s) » à l'article 2 « Définitions » de la présente Notice

1.5 TERRITORIALITE

Les garanties sont accordées dans le monde entier à l'exception des pays sous sanction et embargo international

2 DEFINITIONS

Dans la présente Notice, les mots et expressions ayant la première lettre en majuscule et listés ci-dessous ont la signification qui suit :

Assuré(s) :

- Les Titulaires d'une licence de la Fédération Française de Hockey-sur-Glace (FFHG) en cours de validité avec une option individuelle accidents souscrite au moment de la prise de Licence pour **l'option A - garanties de base** et au Bulletin Individuel d'Adhésion Facultative (« formulaire dématérialisé de souscription ») pour **les options B et C - garanties complémentaires optionnelles, et par extension :**
 - Les préposés et dirigeants des personnes morales assurées en Responsabilité Civile.
 - Les officiels.
 - Les animateurs, entraîneurs, arbitres, juges.
 - Les bénévoles.
 - Les professionnels de santé mandatés par la Fédération Française de Hockey-sur-Glace (FFHG).
 - Les salariés de la Fédération Française de Hockey-sur-Glace (FFHG), lorsqu'ils pratiquent, en loisir, le patinage dans la patinoire mis à leur disposition à Cergy pontoise.
 - les titulaires d'une autorisation « TRY OUT » couplée à une licence « Découverte » et les participants aux portes ouvertes (voir règlement FFHG).
- Les dirigeants statutaires de la Fédération Française de Hockey-sur-Glace (**option D – garanties de base**).
- Les arbitres missionnés par la FFHG pour officier sur les championnats nationaux ou matchs amicaux ainsi que les arbitres licenciés à la FFHG dans le cadre de leur convocation à officier dans les championnats internationaux, notamment sous l'égide de la *Champions Hockey League* (CHL) et/ou de la Fédération Internationale de Hockey-sur-Glace (*International Ice Hockey Federation – IIHF*) – (**option E – garanties de base**).



- Les personnes inscrites sur la liste des Sportifs de Haut Niveau mentionnés au premier alinéa de l'article L.122-2 du code du sport pour la Fédération Française de Hockey-sur-Glace (**option F – garanties de base**).
- Les membres des délégations et joueurs des Équipes de France de la Fédération Française de Hockey-sur-Glace (FFHG) toutes catégories (**option F – garanties de base**).
Le règlement de la Fédération Internationale de Hockey-sur-Glace ne permet pas la double licence sportive. Par conséquent, certains membres des équipes de France, qui jouent à l'étranger pendant l'année, ne sont pas licenciés FFHG. Ils sont néanmoins couverts par le contrat fédéral (**option F – garanties de base**), lorsqu'ils évoluent sous sa responsabilité.
- Les non-licenciés de la Fédération Française de Hockey-sur-Glace sur invitation d'un club affilié à la FFHG **et sous réserve d'une déclaration préalable auprès d'AIAC / Assureur (option G – garanties de base)**.
- Toutes personnes physiques non-licenciés de la Fédération Française de Hockey-sur-Glace évoluant sur la glace, avec ou sans patins, sur invitation d'un club assuré en Responsabilité Civile lors des journées promotionnelles ou des « coup d'envoi officiels » (**option G – garanties de base**).

Atteinte corporelle grave

Accident ou maladie à caractère imprévisible dont la nature risque d'engendrer, à brève échéance, une aggravation importante de l'état de santé de la victime si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués rapidement.

- Par **accident** on entend : Altération brutale de la santé ayant pour cause un événement extérieur, soudain, imprévisible, violent et indépendant de la volonté de la victime.
- Par **maladie** on entend : Altération soudaine et imprévisible de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Autorité médicale

Toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où se trouve l'Assuré.

Domicile

Lieu de résidence principale et habituelle de l'Assuré. **Il est situé en France.**

Déplacement

Tout déplacement dans le cadre des manifestations organisées ou reconnues par la FFHG **La durée des Déplacements ne doit pas excéder quatre-vingt-dix (90) jours consécutifs à l'Etranger.**

Equipe médicale

Structure d'assistance médicale qu'AXA Assistance met à disposition et adapte à chaque cas particulier.

**Etranger**

Tout pays en dehors du pays du Domicile de l'Assuré.

Force Majeure

Événement imprévisible et irrésistible qui est d'origine extérieure au débiteur de l'obligation.

Frais de séjour

Frais d'hôtels (petit-déjeuner inclus) et de taxi nécessaires à la mise en œuvre des prestations qu'AXA Assistance organise et prend en charge au titre du présent Contrat. Toute solution de logement provisoire qu'AXA Assistance n'aurait pas organisée ne peut donner lieu à un quelconque dédommagement.

France

France métropolitaine, Principauté de Monaco et Départements d'Outre-Mer

Franchise

Part des dommages qui restent à la charge de l'Assuré.

Hospitalisation

Séjour imprévu, d'une durée supérieure à 24 heures, dans un établissement de soins public ou privé, prescrit médicalement, pour un traitement médical ou chirurgical suite à une Atteinte corporelle grave.

Immobilisation au Domicile

Obligation de demeurer au Domicile suite à une Atteinte corporelle grave, sur prescription médicale et d'une durée supérieure à 5 jours.

Membre de la famille

Le conjoint de droit ou de fait de l'Assuré ou toute personne qui lui est liée par un Pacs, ses ascendants ou descendants ou ceux de son conjoint.

Proche : personne physique désignée par l'Assuré ou un de ses ayants droit. Il doit être domicilié dans le même pays que l'Assuré



TABLEAU DES GARANTIES D'ASSISTANCE

Garantie	Plafonds et limitations
GARANTIES D'ASSISTANCE AUX PERSONNES	
Rapatriement médical	Frais réels
Envoi d'un médecin sur place à l'Etranger	Frais de déplacement et frais de consultation
Prolongation de séjour	Frais de séjour 80 € par jour et par Bénéficiaire / max. 10 jours
Immobilisation sur place	Frais de séjour 80 € par jour et par Bénéficiaire / max. 10 jours
Visite d'un Proche	Frais de séjour 80 € par jour et par Bénéficiaire / max. 10 jours
Retour au Domicile ou poursuite du Voyage après consolidation	Frais réels
Rapatriement en cas de décès	Frais de transport illimités - Frais de cercueil : max. 2 300
Présence d'un proche en cas de décès	Frais de séjour 80 € par jour / max. 2 jours
Retour des enfants mineurs bénéficiaires	Frais de transport Billet A/R pour un accompagnateur 80 € par jour / max. 2 jours
Informations et conseils médicaux	Organisation de service
Aide en cas de perte de documents d'identité	Aide Administrative
Chauffeur de remplacement	Frais réels
Transmission de messages urgents	Organisation de service
Envoi de médicaments à l'Etranger	Organisation de service
Assistance Psychologique	Prise en charge de 3 entretiens téléphoniques
GARANTIES D'ASSISTANCE JURIDIQUE A L'ETRANGER	
Frais d'avocat	Max. 1.500 € par Evènement
GARANTIE FRAIS MEDICAUX A L'ETRANGER	
Frais médicaux à l'étranger : Prise en charge	Voyages en le Monde Entier : 150 000 € par assuré - Frais dentaires d'urgence : 500 € - Franchise : 80 € par dossier



3 PRESENTATION DES GARANTIES

Les Garanties d'assistance aux personnes consistent en cas d'Atteinte corporelle ou de décès de l'Assuré survenus lors d'un Déplacement, à organiser et à prendre en charge si nécessaire des garanties d'assistance aux personnes dans les conditions et limites ci-après.

3.1.1 Rapatriement médical

L'Equipe médicale d'AXA contacte les médecins traitants sur place et prend les décisions les plus adaptées à l'état de santé de l'Assuré en fonction des informations recueillies et des seules exigences médicales.

Si l'Equipe médicale d'AXA recommande le rapatriement de l'Assuré vers une Structure médicale ou son Domicile, AXA organise et prend en charge sa réalisation en fonction.

Si l'Assuré est hospitalisé dans une Structure médicale hors du secteur hospitalier de son Domicile, AXA organise et prend en charge son transfert vers son Domicile.

Le choix de la destination de rapatriement, du lieu d'Hospitalisation, de la date, de la nécessité d'un accompagnement et des moyens utilisés pour le rapatriement relèvent exclusivement de la décision de l'Equipe médicale d'AXA.

Tout refus de la solution proposée par l'Equipe médicale d'AXA entraîne la déchéance des garanties d'assistance médicale.

En cas d'Atteinte corporelle grave, l'Equipe médicale d'AXA contacte les médecins traitants sur place et prend les décisions les mieux adaptées en fonction de l'état de l'Assuré, des informations recueillies et des seules exigences médicales.

Si l'Equipe médicale d'AXA recommande le rapatriement de l'Assuré vers une Structure médicale ou son Domicile, AXA organise et prend en charge sa réalisation.

Si l'Assuré est hospitalisé dans une Structure médicale hors du secteur hospitalier de son Domicile, AXA organise et prend en charge son transfert vers son Domicile.

Le choix de la destination de rapatriement, du lieu d'Hospitalisation, de la date, de la nécessité d'un accompagnement et des moyens utilisés pour le rapatriement relèvent exclusivement de la décision de l'Equipe médicale d'AXA.

Les moyens de rapatriement peuvent être le véhicule sanitaire léger, l'ambulance, le train, l'avion de ligne, l'avion sanitaire.

Tout refus de la solution proposée par l'Equipe médicale d'AXA entraîne la déchéance des garanties d'assistance médicale.



3.2 Prolongation de séjour

Si l'Assuré est hospitalisé ou que l'Equipe médicale d'AXA préconise une prolongation de son séjour sur place en raison de son état de santé, AXA organise et prend en charge les Frais de séjour supplémentaires :

De l'Assuré et des autres Assurés qui restent auprès de lui en cas d'immobilisation sur place ;

Des autres Assurés qui restent auprès de l'Assuré s'il est hospitalisé.

La prise en charge d'AXA s'effectue jusqu'à la date du rapatriement de l'Assuré sans pouvoir excéder dix (10) nuits consécutives à concurrence de 80 € TTC par nuit et par Assuré.

En cas de prolongation de séjour sur place préconisée par ses médecins, AXA organise et prend en charge les Frais de Séjour supplémentaires (chambre, petit déjeuner, taxi) de l'Assuré et des Membres de sa famille ou d'une personne sans lien de parenté également assurés qui restent auprès de lui en cas d'immobilisation sur place.

3.3 Rapatriement du corps en cas de décès

AXA organise et prend en charge le rapatriement du corps de l'Assuré ou de ses cendres du lieu du décès jusqu'au lieu d'inhumation dans son pays de Domicile.

AXA prend en charge les frais de traitement post mortem, de mise en bière et d'aménagements nécessaires au transport.

Les frais de cercueil liés au transport sont en pris en charge **à hauteur de 2300 €.**

Les frais d'obsèques, de cérémonie, de convois locaux, d'inhumation ou d'incinération restent à la charge de la famille du défunt.

3.4 Accompagnement du défunt/ Présence d'un proche en cas de décès

Si la présence sur place d'un membre de la famille ou d'un proche s'avère indispensable pour effectuer la reconnaissance du corps de l'Assuré décédé et les formalités de rapatriement ou d'incinération, AXA met à disposition **un titre de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1ère classe.**

Cette garantie ne peut être mise en œuvre que si l'Assuré était seul sur place au moment de son décès.

La personne désignée doit détenir toutes les autorisations nécessaires au voyage ainsi organisé.

AXA organise son hébergement sur place et prend en charge ses frais d'hôtel (chambre et petit déjeuner exclusivement) **pour une durée de 2 nuits consécutives maximum à concurrence 80 € par nuit.**

Toute autre solution de logement provisoire ne peut donner lieu à un quelconque dédommagement.



3.5 Retour des bénéficiaires accompagnants l'assuré

Dans le cadre du rapatriement médical ou de corps de l'Assuré, AXA organise et prend en charge le retour au Domicile des autres Assurés.

3.6 Visite d'un proche

Si votre état de santé ne permet pas ou ne nécessite pas votre rapatriement et si votre Hospitalisation est supérieure à 3 jours consécutifs (au premier jour d'Hospitalisation, si le pronostic vital est engagé ou si l'Assuré est mineur ou s'il est handicapé), nous prenons en charge pour un Membre de votre famille ou un de vos Proches un titre de transport aller-retour pour se rendre sur place (un titre de transport pour chaque parent, père et mère, s'il s'agit d'un enfant mineur).

Nous organisons et prenons en charge les frais de séjour (chambre, petit-déjeuner et taxi) engagés pour le compte de ce Proche.

Notre prise en charge se fait, dans la limite de la durée d'Hospitalisation, à concurrence **de 10 nuits consécutives maximum à concurrence 80 € TTC par nuit.**

Cette garantie n'est acquise qu'en l'absence, sur place, d'un Membre majeur de votre famille.

Cette garantie n'est pas cumulable avec les garanties « Immobilisation sur place » et « Prolongation de séjour sur place ».

3.7 Assistance juridique à l'étranger

Si l'Assuré fait l'objet de poursuites judiciaires à la suite d'une infraction non intentionnelle à la législation locale survenue hors de son pays de Domicile et intervenue au cours de la vie privée, c'est-à-dire pour des faits sans relation avec l'exercice d'une activité professionnelle, AXA s'engage à mettre en œuvre la prestation ci-après à son profit.

Frais d'avocat

AXA prend en charge les frais d'avocat **dans la limite de 1500 € TTC par assuré.**



3.8 Retour anticipé

En cas d'événement imprévu survenant pendant votre Déplacement et nécessitant votre retour prématuré à votre Domicile, nous organisons et prenons en charge l'une des prestations suivantes :

AXA organise et prend en charge le trajet aller/retour de l'Assuré étant entendu que le trajet aller doit se faire **dans un délai de huit (8) jours à compter de la date d'Hospitalisation ou de décès.**

Les événements imprévus garantis sont les suivants :

L'Atteinte corporelle grave dans le cadre de laquelle le pronostic vital est engagé (sur avis de notre Équipe médicale) ou le décès :

-de votre conjoint de droit ou de fait ou de toute personne qui vous est liée par un Pacs, de vos ascendants, descendants, frères, sœurs, beaux-pères, belles-mères résidant dans votre pays de Domicile ;

-L'Hospitalisation imprévisible d'un enfant mineur resté au Domicile ;

-Les dommages matériels graves y compris consécutifs à une catastrophe naturelle, nécessitant votre présence indispensable pour accomplir les formalités nécessaires sur les lieux où se trouvent :

- votre résidence principale ;
- votre exploitation agricole ;
- vos locaux professionnels.

-La convocation administrative attestée impérativement par un document officiel, ou la convocation en vue de l'adoption d'un enfant ou pour une greffe d'organe, à caractère imprévisible et non reportable notifiée après le départ pour une date se situant pendant la durée du Déplacement garanti.



3.9 Prise en charge des frais médicaux à l'étranger

3.9.1 Objet de la garantie

L'Assuré est garanti pour le remboursement de ses frais médicaux et d'Hospitalisation consécutifs à une Atteinte corporelle survenue et constatée à l'Etranger pendant la durée de validité des garanties, et restant à sa charge après intervention de la caisse d'assurance maladie, de sa mutuelle et/ou de tout autre organisme de prévoyance habituelle ou collective dont il bénéficie.

Dans le cas où ces organismes payeurs ne prendraient pas en charge les frais médicaux engagés, AXA rembourse à l'Assuré ces frais dans la limite du plafond garanti à condition qu'il communique :

- Les factures originales des frais médicaux et chirurgicaux ;
- L'attestation de refus de prise en charge émise par organisme payeur.

Frais ouvrant droit à la prestation : les frais de visite, de consultation, de pharmacie, de soins infirmiers, d'Hospitalisation médicale et chirurgicale y compris les honoraires médicaux et chirurgicaux, d'une manière générale, tout acte médical ou chirurgical lié à sa pathologie.

Conditions et montant de la garantie :

- Cette garantie est acquise exclusivement aux conditions suivantes :
- La garantie est acquise uniquement lorsque l'Assuré est affilié à une caisse d'assurance maladie et/ou à tout autre régime de prévoyance individuelle ou collective le garantissant pour le remboursement des frais médicaux et d'Hospitalisation ;
- La garantie ne s'applique qu'aux frais prescrits par une Autorité médicale et engagés à l'Etranger pendant la période de validité des garanties ;
- La garantie ne s'applique qu'aux frais ayant fait l'objet d'un accord d'AXA matérialisé par la communication d'un numéro de dossier à l'attention de l'Assuré ou de toute personne agissant en son nom, dès lors que le bien-fondé de sa demande est constaté ;
- En cas d'Hospitalisation, sauf en cas de Force majeure, AXA doit être avisée de l'Hospitalisation de l'Assuré dans les 24 heures qui suivent la date mentionnée au certificat d'Hospitalisation ;
- L'Assuré doit accepter tout changement de centre hospitalier préconisé par AXA ;
- Dans tous les cas, le médecin que missionnera AXA doit pouvoir rendre visite à l'Assuré et avoir libre accès à son dossier médical, sans le respect le plus stricte des règles déontologiques ;



- La garantie cesse automatiquement à la date où AXA procède au rapatriement.

La prise en charge d'AXA se fait à concurrence de 150 000 € TTC par Assuré et événement. Dans tous les cas, une franchise de 80 € TTC par dossier est appliquée.

3.9.2 Exclusions spécifiques à la garantie d'assurance Frais d'hospitalisation à l'Etranger

Les exclusions communes à toutes les garanties du présent contrat et les exclusions spécifiques à l'assistance médicale sont applicables. En outre ne pourront donner lieu ni à avance, ni à remboursement, ni à prise en charge, les frais :

- ✗ Engagés dans le pays de domicile ;
- ✗ De vaccination ;
- ✗ De prothèse, d'appareillage, de lunettes et de verres de contact ;
- ✗ De traitements et d'interventions chirurgicales de caractère esthétique non consécutifs à un accident ;
- ✗ De cures, séjours en maison de repos et de rééducation.

3.10 Assistance Psychologique

En cas de traumatisme survenu à la suite d'une agression physique ou d'un événement familial grave, ou d'un accident survenu lors d'un événement organisé par la FEDERATION AXA peut, en France, mettre l'Assuré en relation avec un psychologue clinicien. AXA peut aussi organiser et prendre en **charge TROIS (3) entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien dans un délai de six (6) mois à compter de la survenance du traumatisme**. La demande d'assistance psychologique doit être formulée dans un délai de trois (3) mois à compter de la date de survenance du traumatisme. Au-delà de ces 3 consultations, AXA pourra communiquer à l'Assuré les coordonnées de psychologues à proximité de son Domicile. Ces frais restent à la charge de l'Assuré.



3.11 Chauffeur de remplacement

En cas d'Atteinte corporelle grave, si l'Assuré est dans l'incapacité de conduire son véhicule ou suite à un décès si le véhicule reste sur place, nous organisons et prenons en charge la mission d'un chauffeur de remplacement afin de ramener le véhicule au Domicile par l'itinéraire le plus direct.

Cette garantie n'est acquise que si les conditions suivantes sont remplies :

- L'Assuré conduisait le véhicule pour son Voyage en tant que propriétaire ou utilisateur autorisé dudit véhicule ;
- aucune autre personne sur place n'est habilitée à le remplacer ;
l'immobilisation du véhicule intervient dans un pays de la carte internationale d'assurance automobile ;
- une délégation écrite de conduite ainsi que tous les documents administratifs du véhicule (carte grise, vignette, attestation d'assurance en cours de validité) doivent nous être remis.

De plus, le véhicule doit respecter les conditions cumulatives suivantes :

- avoir moins de 5 ans ;
- être conforme aux règles des codes de la route nationaux ou internationaux ;
- remplir les normes du contrôle technique obligatoire.

Dans le cas contraire, nous organisons et prenons en charge un titre de transport aller simple afin qu'une personne préalablement désignée par l'Assuré, sa famille ou un de ses ayants droit puisse aller le récupérer.

Les frais de péage, de stationnement, de carburant, de traversée de bateau ne sont pas pris en charge.
Les frais d'hôtel et de restauration restent à la charge des passagers ramenés éventuellement avec le véhicule.

3.12 Perte ou vol de documents ou d'effets personnels

Pendant votre Déplacement à l'Étranger, en cas de perte ou de vol de vos documents d'identité, nous vous aidons dans vos démarches administratives. Aucune prise en charge financière de la part d'AXA.



3.13 Aide en cas d'annulation ou retard d'avion

Nous vous aidons dans vos démarches administratives pour trouver un nouveau vol sans prise en charge financière de la part d'AXA.

3.14 Retour des enfants mineurs Bénéficiaires

Suite à une Atteinte corporelle grave ou au décès d'un Assuré et en l'absence d'un Membre majeur de la famille pouvant assurer la surveillance des enfants restés seuls sur place, nous organisons et prenons en charge leur retour au Domicile.

L'accompagnement de ces enfants est effectué soit par un Membre de la famille ou un Proche dûment désigné et autorisé par la famille du Bénéficiaire ou un de ses ayants droit, soit, à défaut, par du personnel qualifié.

Nous organisons et prenons en charge le titre de transport aller-retour de cet accompagnateur ainsi que les frais de séjour (chambre, petit-déjeuner et taxi) engagés pour son compte. **une durée de 4 nuits consécutives maximum à concurrence 80 € par nuit.**

3.15 Transmission de messages urgents

Si vous êtes dans l'impossibilité matérielle de transmettre un message urgent, sur votre demande, nous nous chargeons de transmettre gratuitement, par les moyens les plus rapides, tout message que vous souhaitez faire parvenir vers les Membres de votre famille, vos Proches ou votre employeur. Nous pouvons également servir d'intermédiaire en sens inverse.

Les messages restent sous votre responsabilité et n'engagent que vous, nous ne jouons que le rôle d'intermédiaire pour leur transmission.



4 EXCLUSIONS SPECIFIQUES POUR L'ASSISTANCE MEDICALE

Les exclusions communes à toutes les garanties sont applicables. En outre, sont exclus :

- ✗ les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui n'empêchent pas l'Assuré de poursuivre son déplacement.
- ✗ les convalescences, les affections en cours de traitement et non encore consolidées et / ou nécessitant des soins ultérieurs programmés.
- ✗ les maladies préexistantes diagnostiquées et / ou traitées à moins d'une complication ou aggravation nette imprévisible.
- ✗ les suites de la grossesse : accouchement, césarienne, soins au nouveau-né.
- ✗ les interruptions volontaires de grossesse.
- ✗ les Voyages entrepris dans un but de diagnostic et / ou de traitement, bilans médicaux, check-up, dépistages à titre préventif.
- ✗ la pratique, à titre amateur, de sports aériens, de défense, de combat.
- ✗ les conséquences du défaut ou de l'impossibilité de vaccination.

5 EXCLUSIONS COMMUNES A TOUTES LES GARANTIES

Outre les exclusions spécifiques applicables à chacune des garanties, sont exclus :

- ✗ Ne donnent lieu ni à prise en charge, ni remboursement :
 - les frais liés aux excédents de poids des bagages lors d'un transport par avion et les frais d'acheminement des bagages lorsqu'ils ne peuvent être transportés avec l'Assuré ;
 - les frais non justifiés par des documents originaux ;
 - les frais engagés par l'Assuré pour la délivrance de tout document officiel ;
 - toute intervention initiée et/ou organisée à un niveau étatique ou inter-étatique par toute autorité ou organisme gouvernemental ou non gouvernemental.
 - toute intervention initiée et/ou organisée à un niveau étatique ou inter-étatique par toute autorité ou organisme gouvernemental ou non gouvernemental.



6 Protection des Données Personnelles

En qualité de responsable de traitement, les informations concernant les Assurés sont collectées, utilisées et conservées par les soins d'AXA pour la souscription, la passation, la gestion et l'exécution du présent Contrat, conformément aux dispositions de la réglementation applicable en matière de protection des données personnelles et conformément à sa politique de protection des données personnelles telle que publiée sur son site internet.

Ainsi, dans le cadre de ses activités, AXA pourra :

- a) Utiliser les informations de l'Assuré ou de celles des personnes bénéficiant des garanties, afin de fournir les services décrits dans la présente Notice. En utilisant les services d'AXA, l'Assuré consent à ce qu'AXA utilise ses données à cette fin ;
- b) Transmettre les données personnelles de l'Assuré et les données relatives à son Contrat, aux entités du Groupe AXA, aux prestataires de services d'AXA, au personnel d'AXA, et à toutes personnes susceptibles d'intervenir dans les limites de leurs attributions respectives, afin de gérer le dossier de sinistre de l'Assuré, lui fournir les garanties qui lui sont dues au titre de son Contrat, procéder aux paiements, et transmettre ces données dans les cas où la loi l'exige ou le permet ;
- c) Procéder à l'écoute et/ou à l'enregistrement des appels téléphoniques de l'Assuré dans le cadre de l'amélioration et du suivi de la qualité des services rendus ;
- d) Procéder à des études statistiques et actuarielles ainsi qu'à des analyses de satisfaction clients afin de mieux adapter nos produits aux besoins du marché ;
- e) Obtenir et conserver tout document photographique pertinent et approprié du bien de l'Assuré, afin de fournir les services proposés dans le cadre de son contrat d'assistance et valider sa demande ; et
- f) Procéder à l'envoi d'enquêtes qualité (sous forme de demandes à retourner ou de sondages) relatives aux services d'AXA et autres communications relatives au service clients.
- g) Utiliser les données personnelles dans le cadre d'un traitement de lutte contre la fraude ; ce traitement pouvant conduire, le cas échéant, à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

AXA est soumis aux obligations légales issues principalement du Code Monétaire et Financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et contre le financement du terrorisme et, à ce titre, AXA met en œuvre un traitement de surveillance des contrats pouvant aboutir à la rédaction d'une déclaration de soupçon conformément aux dispositions de la Loi en la matière.

Les données recueillies peuvent être communiquées aux autres sociétés du Groupe AXA ou à un tiers partenaire, y compris pour une utilisation à des fins de prospection commerciale. Si l'Assuré ne souhaite pas que ses données soient transmises aux sociétés du Groupe AXA ou à un tiers pour une utilisation à des fins de prospection commerciale, il peut s'y opposer en écrivant au :



Délégué à la Protection des données AXA Assistance

8-10, rue Paul Vaillant Couturier 92240 Malakoff

Email : <mailto:dpo.axapartnersfrance@axa-assistance.com>

Pour toute utilisation des données personnelles de l'Assuré à d'autres fins ou lorsque la loi l'exige, AXA Assistance solliciter son consentement.

L'Assuré peut revenir à tout moment sur son consentement.

En souscrivant au présent contrat et en utilisant ses services, l'Assuré reconnaît qu'AXA peut utiliser ses données à caractère personnel et consent à ce qu'AXA utilise les données sensibles décrites précédemment. Dans le cas où l'Assuré fournit à AXA des informations sur des tiers, l'Assuré s'engage à les informer de l'utilisation de leurs données comme défini précédemment ainsi que dans la politique de confidentialité du site internet d'AXA (voir ci-dessous).

L'Assuré peut obtenir, sur simple demande, copie des informations le concernant. Il dispose d'un droit d'information sur l'utilisation faite de ses données (comme indiqué dans la politique de confidentialité du site AXA- voir ci-dessous) et d'un droit de rectification s'il constate une erreur.

Si l'Assuré souhaite connaître les informations détenues par AXA à son sujet, ou s'il a d'autres demandes concernant l'utilisation de ses données, il peut écrire à l'adresse du Délégué à la protection des données mentionnée ci-avant.

L'intégralité de notre politique de confidentialité est disponible sur le site : axa-assistance.fr ou sous format papier, sur demande.



N° IDU: FR232655_03PSOH