DEMANDE DE LICENCE : ☐ **Création** ☐ **Renouvellement** ☐ **Mutation**

Photo*

(Format JPEG)

Nom du Club : **N° Affiliation du Club :** **N°CD :**

IDENTITE *(*Mentions obligatoires)*

N° DE LICENCE*(si déjà licencié) : SEXE*: F: ☐ M : ☐ TAILLE *(1)* : CM (*Pour les joueurs mineurs le champ taille doit être renseigné à des fins de détection*)

NOM* : PRENOM*: DATE DE NAISSANCE*

LIEU DE NAISSANCE* : PAYS : NATIONALITE*(majeurs uniquement) :

ADRESSE : CODE POSTAL : VILLE*

TELEPHONE DOMICILE PORTABLE : EMAIL*

☐ J'autorise les partenaires de la FFBB à m'envoyer, par courriel, des offres commerciales.

☐ Je refuse que la Fédération conserve ma photographie au-delà de la saison sportive en cours.

FAIT LE : certifie sur l'honneur, l'exactitude des renseignements ci-dessus

Signature obligatoire du licencié ou de son représentant légal :

Cachet et signature du Président du club :

CERTIFICAT MEDICAL ***(à remplir par le médecin -*** *Rayer la mention inutile)

Je soussigné, Docteur certifie avoir examiné M / Mme et n'avoir pas constaté à la date de ce jour des signes apparents contre-indiquant :

*- la pratique du basket en compétition ou du sport en compétition**

*- la pratique du basket ou du sport **.*

FAIT LE **A**

Signature du médecin : Cachet :

ATTESTATION QUESTIONNAIRE MEDICAL ***(à remplir par le licencié)***

☐ J'atteste par la présente avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions relatives au questionnaire de santé ***(cerfa N°15699*01 joint à la demande)*** et je reconnais avoir pris connaissance que toute réponse positive entrainera obligatoirement la production d'un nouveau certificat médical de non contre-indication à la pratique du sport et/ou du Basket.

FAIT LE **A**

Signature du licencié :

DOPAGE ***(joueur mineur uniquement -*** *Rayer la mention inutile)*

Par la présente, je soussigné(e) représentant(e) légal(e) de pour lequel une licence est sollicitée à la FFBB :

☐ AUTORISE* ☐ REFUSE*

tout préleveur, agréé par l'agence française de lutte contre le dopage (AFLD) à procéder à tout prélèvement nécessitant une technique invasive lors d'un contrôle antidopage. Je reconnais avoir pris connaissance qu'un refus de se soumettre à un contrôle est susceptible d'entrainer des sanctions disciplinaires.

Signature obligatoire du représentant légal :

SURCLASSEMENT *(ne nécessitant pas un imprimé spécifique)*

M/Mme peut pratiquer le Basketball dans la catégorie immédiatement supérieure dans le respect de la règlementation en vigueur au sein de la FFBB.

FAIT LE **A**

Signature du médecin : Cachet :

PRATIQUE SPORTIVE BASKET ***(type de licence souhaitée)*** **:**

1ère famille*	Catégorie	2nde famille *(optionnelle)*	Niveau de jeu*
Joueur ☐ Compétition ☐ Loisir ☐ Vivre Ensemble	☐ U….. ☐ Senior	☐ Technicien ☐ Officiel ☐ Dirigeant	
☐ Technicien	☐ Non diplômé ☐ Diplômé Fédéral ☐ Diplômé d'Etat		
☐ Officiel	☐ Arbitre ☐ OTM ☐ Commissaire ☐ Observateur ☐ Statisticien		
☐ Dirigeant	☐ Elu ☐ Accompagnateur ☐ Salarié		

CHARTE D'ENGAGEMENT** ***(à remplir par le licencié souhaitant évoluer en championnat de France ou qualificatif au championnat de France)

☐ J'atteste par la présente avoir rempli et signé la charte d'engagement afin d'évoluer en :

☐ **Championnat de France** ☐ **Pré-Nationale**

*Mentions obligatoires

INFORMATION ASSURANCES : *(Cocher **obligatoirement** les cases correspondant à vos choix)*

JE SOUSSIGNÉ(E), le licencié ou son représentant légal, NOM : PRÉNOM :

☐ **Reconnais avoir reçu et pris connaissance des notices d'information relatives aux garanties Individuelle Accident (Accord collectif n° 2159 / Mutuelle des Sportifs-MDS), Assistance Rapatriement et Responsabilité Civile (Contrat n° 4100116P / MAIF) ci-annexées et consultables sur www.ffbb.com, conformément aux dispositions du Code du Sport et à l'article L141-4 du code des Assurances, ainsi que des garanties Individuelles complémentaires proposées par la MDS.**

☐ **Souhaite souscrire à l'une des options Individuelle Accident et coche la case correspondant à l'option choisie :**

- ☐ Option A, au prix de 2,98 euros TTC.
- ☐ Option B, au prix de 8,63 euros TTC.
- ☐ Option C, au prix de 0,50 euros TTC, en complément de l'option A, soit un total de 3,48 € TTC (= A+).
- ☐ Option C, au prix de 0,50 euros TTC, en complément de l'option B, soit un total de 9,13 € TTC (= B+).

☐ **Ne souhaite pas souscrire aux garanties individuelles complémentaires proposées (= N)**

☐ **Reconnais avoir reçu l'information de mes possibilités et de mon intérêt à souscrire à ces garanties pour les éventuels dommages corporels que je peux subir du fait de la pratique du Basket-ball**

Fait à le

Signature de l'Adhérent ou de son représentant légal :
« Lu et approuvé »

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

SEULES LES DEMANDES D'ADHÉSIONS DUMENT COMPLÉTÉES, DATÉES, SIGNÉES ET ACCOMPAGNÉES DU RÉGLEMENT CORRESPONDANT SERONT PRISES EN COMPTE PAR L'ASSUREUR

Vous êtes informé que vos données à caractère personnel, recueillies sur ce formulaire, font l'objet d'un traitement informatique auprès de la Fédération Française de BasketBall pour l'enregistrement de la licence et pour les activités fédérales. Conformément à la réglementation en vigueur, vous bénéficiez d'un droit d'accès, d'opposition, de rectification et de suppression des données vous concernant. Vous disposez également d'un droit à la portabilité de vos données ainsi qu'un droit à la limitation du traitement dans certains cas précis visés par le règlement européen n°2016/679 (RGPD). Ces droits peuvent être exercés directement en vous adressant à la FFBB, 117 rue Château des Rentiers 75013 PARIS - (dpo@ffbb.com)

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Renouvellement de licence d'une fédération sportive

Questionnaire de santé « QS – SPORT »

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	☐	☐
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	☐	☐
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	☐	☐
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	☐	☐
5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?	☐	☐
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	☐	☐
A ce jour		
7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc…) survenu durant les 12 derniers mois ?	☐	☐
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	☐	☐
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	☐	☐
**NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.*		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :
Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :
Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

CHARTE D'ENGAGEMENTS

Des Joueurs et Joueuses de NM2, NM3, PNM, NF1, NF2, NF3 et PNF

Engagements du joueur ou de la joueuse

Je soussigné :

Joueur(se) du Groupement Sportif :

Evoluant en (Niveau) :

S'engage à :

- S'informer auprès de son club, des nouveautés mises en place par la FFBB sur le dispositif de Joueur/euse d'Intérêt Général,

- Ne pas signer de contrats autres que ceux spécifiquement prévus par les législations en vigueur ou les règlements fédéraux et ne permettant pas l'établissement de contrats à un certain niveau de compétition (article 728 des Règlements Généraux). Dans le cas contraire, respecter l'obligation que le Groupement Sportif transmette cette information, étant informé que la FFBB pourra, sur simple demande de la Commission de Contrôle de Gestion, obtenir ce contrat,

- Dans la perspective de la mise en place du contrat de Joueur d'Intérêt Général, et si intéressé par ce dispositif, se rendre disponible pour suivre le processus de formation y afférent.

A : Le :

Signature du Joueur ou de la Joueuse
(Mention manuscrite : « Lu et approuvé »)

GROUPE MDS
Mutuelle des Sportifs
MDS Conseil

MAIF ASSOCIATIONS & COLLECTIVITÉS

NOTICE D'INFORMATION
AUX LICENCIES DE LA FEDERATION FRANCAISE DE BASKETBALL / SAISON 2019-2020

Extrait du contrat Responsabilité Civile & Assistance Rapatriement n° 4100116P souscrit par la Mutuelle des Sportifs auprès de la MAIF, présenté par MDS Conseil

Article 1 / DEFINITIONS

1.1 – Autrui - Tiers : Toute personne autre que l'assuré responsable du dommage. **Les différents assurés sont tous tiers entre eux** .

1.2 – Dommages :

Dommage corporel : Toute atteinte corporelle, physique, mentale ou morale subie par une personne physique.

Dommage matériel : Toute détérioration, dégradation ou destruction, totale ou partielle, disparition d'une chose ou substance, toute atteinte physique à des animaux.

Dommages immatériels : Tous dommages autres que corporels ou matériels lorsqu'ils résultent de la privation de jouissance d'un droit, de l'interruption d'un service rendu par une personne ou un bien meuble ou immeuble, de la perte d'un bénéfice.

Dommages immatériels consécutifs : Tous dommages immatériels tels que définis ci-dessus et consécutifs à un dommage corporel ou matériel garanti.

1.3 – Fait dommageable : Le fait dommageable est celui qui constitue la cause génératrice du dommage. Un ensemble de faits dommageables ayant la même cause technique est assimilé à un fait dommageable unique.

1.4 – Réclamation : Mise en cause de la responsabilité de l'assuré, soit par lettre adressée à l'assuré ou à l'assureur, soit par assignation devant un tribunal civil ou administratif. Un même sinistre peut faire l'objet de plusieurs réclamations, soit d'une même victime, soit de plusieurs victimes.

1.5 – Responsabilité Civile : Les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile pouvant incomber à l'assuré, en raison de dommages corporels, matériels et immatériels, consécutifs ou non, causés aux tiers, du fait des biens, des personnes et d'une manière générale de l'exploitation et/ou de la gestion des activités de l'assuré.

1.6 – Sinistre / Conditions d'application de la garantie dans le temps :

Constitue un sinistre tout dommage ou ensemble de dommages causés à des tiers, engageant la responsabilité de l'assuré, résultant d'un fait dommageable et ayant donné lieu à une ou plusieurs réclamations. Le fait dommageable est celui qui constitue la cause génératrice du dommage. Un ensemble de faits dommageables ayant la même cause technique est assimilé à un dommage unique.
Constitue une réclamation toute demande en réparation amiable ou contentieuse formée par la victime d'un dommage ou ses ayants droit et adressée à l'assuré ou à son assureur.
La garantie est déclenchée par une réclamation conformément aux dispositions de l'article L 124-5 du Code des Assurances.

La garantie s'applique dès lors que le fait dommageable est antérieur à la date de résiliation ou d'expiration de la garantie, et que la première réclamation est adressée à l'assuré ou à l'assureur entre la prise d'effet initiale de la garantie et l'expiration d'un délai subséquent de 5 ans à sa date de résiliation ou d'expiration, quelle que soit la date des autres éléments constitutifs des sinistres.

Toutefois, l'assureur ne couvre les sinistres dont le fait dommageable a été connu de l'assuré postérieurement à la date de résiliation ou d'expiration que si, au moment ou l'assuré a eu connaissance de ce fait dommageable, cette garantie n'a pas été resouscrite ou l'a été sur la base du déclenchement par le fait dommageable.

Le contrat ne garantit pas les sinistres dont le fait dommageable était connu de l'assuré à la date de souscription du contrat ou de la garantie concernée.

En matière de responsabilité civile médicale et selon les dispositions de l'article L 251-2 alinéas 3 et 4 du code des assurances, la garantie couvre les conséquences pécuniaires des sinistres, conformément à la loi en vigueur :

- pour lesquels la première réclamation est formulée pendant la période de validité du contrat, quelle que soit la date des autres éléments constitutifs du sinistre, dès lors que le fait générateur est survenu dans le cadre d'activités garanties au moment de ladite réclamation ;
- pour lesquels la première réclamation est formulée dans le délai de 5 ans, sauf hypothèses particulières fixées par voie réglementaire, à compter de la date d'expiration ou de résiliation des garanties, si ces sinistres sont imputables aux activités garanties à cette date et s'ils résultent d'un fait générateur survenu pendant la période de validité du contrat.

Plafonds de garantie affectés au délai subséquent :

Pour l'indemnisation des réclamations présentées pendant le délai subséquent de 5 ans, les montants des garanties prévus à l'Article 6.2 sont accordés une seule fois pour la période de 5 ans :
- à concurrence du plafond annuel pour ceux exprimés par année d'assurance,
- à concurrence du plafond par sinistre pour ceux exprimés par sinistre.

Ces montants s'épuisent au fur et à mesure par tout règlement d'indemnité ou de frais sans qu'ils puissent se reconstituer au titre de ladite période de 5 ans.

Article 2 / ETENDUE TERRITORIALE

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

Article 3 / ASSURES

- Les membres licenciés et les adhérents des personnes morales assurées,
- Les membres des équipes de France,
- Les préposés salariés ou bénévoles des personnes morales assurées (Fédération, Ligues, Comités et Clubs affiliés, …),
- Les titulaires d'une licence en cours de validité ou d'établissement ou d'une garantie temporaire,
- Les dirigeants statutaires de la FFBB, de ses comités régionaux et départementaux, des groupements sportifs, clubs, associations affiliés à la FFBB,
- Les personnes s'initiant à la pratique du Basket-Ball et les joueurs à l'essai, sans licence,
- Les athlètes et dirigeants étrangers présents sur le territoire français à l'invitation d'une instance dirigeante de la FFBB ou bien pour un stage ou une compétition,

Et d'une façon générale, toutes les personnes dont l'assuré est responsable en droit ou en fait.
Les assurés seront tiers entre eux.

Article 4 / ACTIVITES GARANTIES

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

► **Licences hors licences « Juniorleague », « Superleague », « Pass 3x3 » et « Vivre Ensemble » :**
à l'entraînement // en compétitions officielles, et/ou affinitaires // en sélections // en matchs amicaux // en tournois // en stages organisés par les instances fédérales ou les clubs // au cours des activités sportives lorsqu'elles sont exercées au sein et sous le contrôle du club en tant qu'activités annexes préparatoires, ou complémentaires à la pratique du Basket-Ball ainsi que l'ensemble des réunions du comité sportif.

► **Licences Entreprise**

► **Licence Juniorleague :**
Délivrée à toute personne âgée de moins de 18 ans au jour de l'inscription. Le titre est valable pour toute la saison. Le participant qui devient majeur en cours de saison pourra solliciter gratuitement une licence Superleague couvrant le reste de la saison. Elle permet de s'inscrire aux tournois des circuits OpenStart, OpenPlus et à l'Open de France dans cette catégorie d'âge.

► **Licence Superleague :**
Délivrée à toute personne âgée de plus de 18 ans au jour de l'inscription. Le titre est valable pour toute la saison. Elle permet de s'inscrire aux tournois des circuits OpenStart, OpenPlus et à l'Open de France dans cette catégorie d'âge.

► **Pass 3x3 (Juniorleague / Superleague) :**
Délivré à toute personne sans distinction d'âge (Pass Juniorleague pour les U18 [moins de 18ans] ou Pass Superleague pour les plus de 18 ans). Il permet de s'inscrire à un seul et unique tournoi 3x3 organisés ou autorisés par la FFBB ou l'un de ses organismes fédéraux.

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

Sont garantis également les activités extra-sportives exercées à titre récréatif, ainsi que les trajets Aller/Retour pour se rendre sur les lieux des activités visées ci-dessus.

Article 5 / PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE

1. Pour les Assurés détenteurs d'une Licence délivrée par un club, les garanties sont acquises le jour de la délivrance de la Licence et restent acquises pour toute la durée de validité de la dite Licence.
   Pour les adhésions intervenant en cours d'année, la garantie est acquise le lendemain à 12 heures suivant la date de qualification par l'organisme compétent, aucun prorata de prime ne sera effectué, la prime annuelle sera due dans son intégralité.
   Chaque adhésion se renouvelle automatiquement par tacite reconduction à chaque échéance annuelle fixée au terme de la saison sportive (1er JUILLET, ZERO HEURE), sauf dénonciation effectuée de la part du licencié par courrier recommandé avec accusé de réception expédié à la FFBB, au plus tard le 31 mai de l'année en cours de la Licence.
   Les garanties cessent de plein droit dès lors que l'Assuré n'est plus licencié auprès de la FFBB.
2. Pour les Assurés détenteurs d'une Licence Junior League, d'une Licence Super League ou d'un Pass 3x3 (Junior League / Super League), les garanties prennent effet à la date de délivrance de la Licence ou du Pass et sont acquises pendant toute la durée de validité de la Licence ou du Pass.
3. Pour les personnes prêtant bénévolement leur concours à l'encadrement ou à l'organisation des activités, les garanties prennent effet uniquement durant leur bénévolat.

MAIF - Siège social : 200 avenue Salvador Allende - 79060 Niort cedex 9 - Société d'Assurance Mutuelle à cotisations variables - Entreprise régie par le code des assurances
MDS CONSEIL - Siège social : 43 rue Scheffer - 75116 Paris - SASU de courtage d'assurance et de Conseil au Capital de 330 144 € - SIRET 434 560 199 00029 - APE 6622Z
N° immatriculation ORIAS : 07 001 479 (www.orias.fr) - Garantie financière et assurance de responsabilité professionnelle conformes aux articles L.512-6 et L.512-7 du code des assurances
MUTUELLE DES SPORTIFS - Siège social : 2/4, rue Louis David - 75782 Paris cedex 16
Mutuelle régie par le Code de la Mutualité et soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité. Mutuelle immatriculée au Répertoire Sirène sous le n° 422 801 910

4. Pour les personnes s'initiant à la pratique du basket-ball et pour les joueurs à l'essai, sans Licence, la garantie prend effet dès l'instant où elles s'initient ou s'essaient à cette pratique et cesse dès la fin de l'initiation ou de l'essai.
5. Pour les joueurs en cours de qualification à condition qu'ils soient inscrits dès leur première activité donnant lieu à une autorisation provisoire, sous réserve de la régularisation de leur Licence, la garantie prend effet dès leur inscription lors de leur première activité et au plus tard à la date du début des championnats.
6. Pour les personnes pratiquant le basket-ball dans le cadre de sessions labellisées « Vivre Ensemble », la garantie produit ses effets pendant le déroulement de la session, variable selon le type d'action mise en œuvre :
   - Basket Santé Découverte : une ou quelques journées,
   - Basket Santé Résolutions : sessions régulières sur plusieurs mois,
   - Basket Santé Confort : sessions régulières sur plusieurs mois,
   - Basket tonik qui consiste en la pratique d'activité de fitness avec un ballon de basketball (Pratique individuelle, dynamique, basée sur l'enchainement de gestes fondamentaux du basket, réalisés en rythme et sur une musique),
   - Basket inclusif, qui se définit comme des pratiques du basket, ou inspirées du basket, permettant de faire participer ensemble et en toute sécurité, avec des personnes valides, des personnes atteintes de troubles et/ou de handicaps visibles ou invisibles.

Si un Assuré était détenteur de plusieurs Licences, l'engagement de l'assureur serait en tout état de cause limité à une seule et même Licence.

Article 6 / ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE

6.1 – OBJET :

L'assureur, dans le respect des dispositions du Code des Assurances et du Code du Sport (et notamment l'Article L 321-1 dudit Code), garantit les assurés, dans la limite des sommes fixées à l'Article 6.2, contre les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile qu'ils peuvent encourir à raison des dommages corporels, matériels et immatériels, tels que définis à l'Article 1, causés aux tiers et survenus pendant les activités garanties telles que décrites à l'Article 4 ci-dessus et non expressément exclus au titre du contrat.

6.2 – MONTANT DES GARANTIES :

Les garanties sont accordées dans la limite des sommes stipulées ci-après.

Par « année d'assurance », il faut entendre la période comprise entre deux échéances principales de cotisation. Toutefois si la date de prise d'effet ne coïncide pas avec l'échéance principale, la première année d'assurance est la période comprise entre la date d'effet et celle de la première échéance principale. Par ailleurs si l'assurance expire entre deux échéances principales, la dernière année d'assurance est la période comprise entre la date d'échéance principale et la date d'expiration.

Lorsque la limite est fixée :

- **par sinistre,** la somme mentionnée constitue l'engagement maximum de l'Assureur pour l'ensemble des réclamations se rattachant à une même cause initiale, quel que soit le nombre des victimes et l'échelonnement dans le temps des règlements effectués,
- **par année d'assurance,** la somme mentionnée constitue l'engagement maximum de l'Assureur pour l'ensemble des réclamations se rattachant aux sinistres imputables à une année d'assurance, quel que soit le nombre des victimes et l'échelonnement dans le temps des règlements effectués.

L'ensemble des règlements dus au titre d'un sinistre sera imputé à l'année d'assurance au cours de laquelle la première déclaration ou réclamation a été portée à la connaissance de l'assureur.

Ces montants ainsi fixés se réduisent et s'épuisent par tout paiement amiable ou judiciaire d'indemnité, sans reconstitution de la garantie prévue au titre d'un sinistre ou d'une année d'assurance.

Dommages corporels : ..... **20 000 000 €** par sinistre
Dommages matériels et immatériels consécutifs : ..... **15 000 000 €** par sinistre
Défense : ..... **300 000 €** par sinistre

La garantie est toutefois limitée à 20 000 000 € par sinistre tous dommages confondus

Article 7 / ASSURANCE DEFENSE & RECOURS PROTECTION JURIDIQUE

7.1 – SINISTRE GARANTI :

Le sinistre garanti est le litige ou le différend dont le fait générateur se situe pendant la période où l'assuré a la qualité de licencié de la Fédération et pendant la durée du présent contrat.

7.2 - GARANTIE DEFENSE :

7.2.1 – Objet de la garantie

L'assureur s'engage à défendre l'assuré devant toute juridiction à l'occasion d'un sinistre garanti au titre de l'article 6.1 et à payer les frais de justice pouvant en résulter, **à l'exclusion des frais de défense afférents à des diligences antérieures à la déclaration de sinistre à l'assureur,** sauf s'ils ont été exposés en raison d'une urgence caractérisée et ayant nécessité une mesure conservatoire

7.2.3 – Direction des procédures

En cas d'action mettant en cause une responsabilité assurée par le présent contrat, l'assureur :

- a seul le droit de transiger avec les personnes lésées ou leurs ayants droit ;
- dirige la procédure devant les juridictions et a le libre exercice des voies de recours. Toutefois, lorsqu'elle n'est pas partie devant la juridiction pénale, elle doit recueillir l'accord de l'assuré, si celui-ci a été cité comme prévenu. À défaut d'accord, les honoraires de l'avocat personnel saisi seront pris en charge dans la limite des plafonds indiqués au tableau de remboursement des honoraires figurant à l'annexe A du contrat d'assurance.

7.2.4 – Montant de la garantie

La garantie est acquise dans la limite des montants figurant à l'annexe A du contrat d'assurance.

7.3 - GARANTIE RECOURS PROTECTION JURIDIQUE :

7.3.1 - Objet de la garantie

L'assureur s'engage à exercer toute intervention amiable ou toute action judiciaire en vue d'obtenir réparation des dommages causés, soit à la collectivité assurée, soit à tout bénéficiaire des garanties défini à l'article 3, dans la mesure où ces dommages engagent la responsabilité d'une personne n'ayant pas elle-même la qualité d'assuré ou de bénéficiaire des garanties au titre du même contrat. Toutefois lorsque la victime bénéficiaire des garanties est un salarié de l'association, la garantie recours-protection juridique lui reste acquise.

La garantie n'est pas acquise aux bénéficiaires de l'article 3 quand les dommages engagent la responsabilité de la collectivité souscriptrice.

La connaissance par l'assuré des éléments constituant sa réclamation doit être postérieure à la conclusion de ce contrat.

7.3.2 – Définition du sinistre

Est considéré comme sinistre le refus qui est opposé à une réclamation dont l'assuré est l'auteur ou le destinataire.

7.3.4 – Libre choix du conseil ou de l'avocat

Lorsqu'il doit être fait appel à un avocat et/ou un conseil, l'assuré a toute liberté pour recourir aux services d'un professionnel de son choix.

Dans l'hypothèse où il ne connaît pas d'avocat, l'assureur peut lui communiquer l'adresse du barreau territorialement compétent pour son affaire.

Il en est de même chaque fois que survient un conflit d'intérêt entre l'assuré et l'assureur.

L'assureur peut également mettre à la disposition de l'assuré les avocats et/ou conseils qu'il a sélectionnés pour leurs compétences afin de défendre, représenter ou servir ses intérêts.

Les honoraires des conseils choisis par l'assuré ou le bénéficiaire des garanties sont pris en charge dans la limite d'un plafond d'honoraires d'avocats dont le montant ne peut excéder, pour chaque affaire et par victime, les sommes indiquées au tableau de remboursement des honoraires figurant à l'annexe A du contrat d'assurance.

Lorsque plusieurs interventions devant une même juridiction ou des juridictions différentes ou plusieurs degrés de juridiction sont nécessaires, le plafond global d'honoraires d'avocats ne peut excéder le montant indiqué aux conditions particulières en vigueur à la date de l'événement.

Dans l'hypothèse où l'assuré a fait l'avance de ces honoraires, la mutuelle les rembourse dans la limite de ces plafonds dans les 15 jours suivant la réception des justificatifs.

L'assureur prendra également en charge les frais d'expertise judiciaire dont l'avance serait demandée à l'assuré.

L'assureur est subrogé dans les droits et actions de l'assuré contre le tiers pour la récupération des frais, honoraires et dépens qu'il a exposés pour le règlement du litige. Si des frais et honoraires justifiés restent à la charge de l'assuré, il les récupérera en priorité sur toute somme allouée à ce titre par la juridiction.

Par affaire, on entend la saisine d'une juridiction par des parties qui s'opposent sur des mêmes faits, afin que leur position soit tranchée, et quels que soient les développements procéduraux mis en œuvre devant cette juridiction.

7.4 - ANNEXE A : PLAFONDS DE GARANTIES :

Défense : 300 000 € /// Recours : sans limitation de somme
Seuil d'intervention en recours judiciaire : 200 €

Article 8 / ASSISTANCE ET RAPATRIEMENT

Le présent contrat prévoit une garantie d'assistance rapatriement, octroyée par MAIF Assistance, et mise en œuvre par Inter mutuelles assistance GIE.

DOMAINE D'APPLICATION :

8.1- Bénéficiaires des garanties de MAIF Assistance

L'assistance aux personnes est accordée dans le cadre des activités garanties à l'article 4 aux personnes physiques suivantes :

- ► Les membres licenciés et les adhérents des personnes morales assurées,
- ► Les membres des équipes de France,
- ► Les préposés salariés ou bénévoles des personnes morales assurées,
- ► Les dirigeants statutaires de la FFBB, de ses comités régionaux et départementaux, des groupements sportifs, clubs, associations, affiliés à la FFBB,
- ► Les athlètes et dirigeants étrangers présents sur le territoire français à l'invitation d'une instance dirigeante de la FFBB ou bien pour un stage ou une compétition,
- ► Les licenciés ayant souscrit la garantie optionnelle B pour « l'assistance vie quotidienne suite à accident » détaillée au point 8.6.

8.2 - Déplacements garantis

Les prestations garanties dans le cadre de cette convention s'appliquent pour tout déplacement d'une durée inférieure à un an effectué par le bénéficiaire.

8.3 - Territorialité

En France et dans les autres pays du monde, l'assistance aux personnes est accordée sans franchise kilométrique.

Elle s'applique hors du domicile du bénéficiaire, à l'occasion d'un déplacement tel que défini à l'article 2.

8.4 - Evénements générateurs

- Maladie, accident corporel, décès d'un bénéficiaire y compris accident grave et maladie grave.
- Décès du conjoint de droit ou de fait, d'un ascendant en ligne directe ou d'un descendant en ligne directe, d'un frère ou d'une soeur d'un des bénéficiaires.
- Vol ou perte de papiers d'identité ou d'argent.
- Vol ou dommages accidentels ou matériels indispensables à la poursuite de l'activité.
- Événement climatique majeur à l'exception de ceux se produisant en cours de navigation.

GARANTIES D'ASSISTANCE AUX PERSONNES :

8.5 - ASSISTANCE AUX BENEFICIAIRES BLESSES OU MALADES

8.5.1 - Transport sanitaire

En cas de maladie ou d'accident corporel, lorsque les médecins de MAIF Assistance, après avis des médecins consultés localement et, si nécessaire, du médecin traitant, et en cas de nécessité médicalement établie, décident d'un transport sanitaire et en déterminent les moyens (ambulance, train, avion de ligne, avion sanitaire ou tout autre moyen approprié), MAIF Assistance organise le retour du patient à son domicile en France ou dans un hôpital adapté proche de son domicile en France et prend en charge le coût de ce transport.

Pour les bénéficiaires domiciliés à l'étranger, le retour à leur pays d'origine peut être organisé et pris en charge par MAIF Assistance.
Dans la mesure du possible, et sous réserve de l'accord des médecins de MAIF Assistance, il sera fait en sorte que l'un des membres de la famille ou toute personne physique désignée par le bénéficiaire ou ses parents si le bénéficiaire est mineur, déjà sur place, puisse voyager avec le blessé ou le malade.

8.5.2 - Attente sur place d'un accompagnant

Lorsque le bénéficiaire blessé ou malade, non transportable, doit rester hospitalisé au-delà de la date initialement prévue pour son retour, MAIF Assistance organise l'hébergement d'une personne attendant sur place le transport sanitaire et participe aux frais induits, à concurrence de 80 € par nuit et ce, pour une durée maximale de 15 nuits.

8.5.3 - Voyage aller-retour d'un proche

Lorsque le bénéficiaire blessé ou malade, non transportable, doit rester hospitalisé pendant plus de7 jours, et dès lors qu'il est isolé de tout membre de sa famille, MAIF Assistance organise et prend en charge le transport aller et retour d'un proche ou toute personne physique désignée par le bénéficiaire ou ses parents si le bénéficiaire est mineur et participe à son hébergement, à concurrence de 80 € par nuit, pour une durée maximale de 15 nuits.
Si le bénéficiaire réside seul en France, MAIF Assistance organise et prend en charge le transport aller et retour d'un membre de sa famille demeurant dans son pays d'origine et participe à son hébergement à concurrence de 80 € par nuit, pour une durée maximale de 15 nuits.
Lorsque le blessé ou le malade est handicapé ou âgé de moins de 15 ans, et à condition que son état de santé le justifie, ce déplacement et cet hébergement sont organisés par MAIF Assistance dans les mêmes conditions de prise en charge, mais quelle que soit la durée de l'hospitalisation.
Cette prestation n'est pas cumulable avec l'attente sur place d'un accompagnant, telle que définie à l'article 8.5.2

8.5.4 - Prolongation de séjour pour raison médicale

Lorsque le bénéficiaire n'est pas jugé transportable par les médecins de MAIF Assistance alors que son état médical ne nécessite plus une hospitalisation, ses frais d'hébergement sont pris en charge par MAIF Assistance à concurrence de 80 € par nuit pour une durée maximale de 15 nuits.

8.5.5 - Poursuite du voyage

Si l'état de santé du bénéficiaire ne nécessite pas un retour au domicile, MAIF Assistance prend en charge ses frais de transport pour lui permettre de poursuivre son voyage interrompu, à concurrence des frais qui auraient été engagés pour le retour à son domicile.

8.5.6 - Frais médicaux et d'hospitalisation

Bénéficiaires domiciliés en France

A la suite d'une maladie ou d'un accident corporel, MAIF Assistance, en complément des prestations dues par les organismes sociaux, prend en charge les frais médicaux et d'hospitalisation engagés sur place, sous réserve que le bénéficiaire ait la qualité d'assuré auprès d'un organisme d'assurance maladie, selon les conditions suivantes :

- En France, cette prise en charge s'effectue à concurrence de 4 000 €.
- A l'étranger, elle s'effectue à concurrence de 100 000 € par bénéficiaire.
- Les soins faisant l'objet de cette prise en charge devront avoir été prescrits en accord avec les médecins de MAIF Assistance et seront limités à la période pendant laquelle ils jugeront le patient intransportable.
- Dans l'attente des remboursements par les organismes sociaux, ces frais médicaux et d'hospitalisation font l'objet d'une avance. Le bénéficiaire ou ses ayants droit s'engage à effectuer, dès son retour, toute démarche nécessaire au recouvrement de ces frais auprès des organismes sociaux, et à reverser à MAIF Assistance les sommes ainsi remboursées, accompagnées des décomptes originaux justifiant de ces remboursements.

Bénéficiaires domiciliés hors de France

Dans le cas des personnes domiciliées hors de France, MAIF Assistance prend en charge les frais médicaux et d'hospitalisation engagés sur place dans les conditions suivantes :

- en France, cette prise en charge s'effectue à concurrence de 30 000 € par bénéficiaire,
- à l'étranger, elle s'effectue à concurrence de 100 000 € par bénéficiaire.

Cette prise en charge s'applique pour les bénéficiaires domiciliés hors de France pour lesquels aucune couverture sociale n'aura pu être obtenue.
Pour les bénéficiaires domiciliés hors de France ayant la qualité d'assuré auprès d'un organisme d'assurance maladie, cette prise en charge à hauteur de 30 000 € en France ou de 100 000 € à l'étranger, s'effectue en complément des prestations dues par les organismes sociaux.

8.5.7 - Recherche et expédition de médicaments et prothèses

En cas de nécessité, MAIF Assistance recherche, sur le lieu de séjour ou à la prochaine escale du bateau, les médicaments (prescrits ou leurs équivalents) indispensables à la santé du patient. A défaut de pouvoir se les procurer sur place, et dans la mesure où le délai d'acheminement est compatible avec la nature du problème, MAIF Assistance organise et prend en charge l'expédition de ces médicaments au lieu de séjour.
De même, MAIF Assistance organise et prend en charge, lorsque nécessaire, l'expédition de lunettes, lentilles de contact, appareillages médicaux et prothèses.
Le coût de ces médicaments et matériels reste à charge du bénéficiaire, MAIF Assistance pouvant en avancer le montant si nécessaire.

8.5.8 – Frais de secours et de recherche

Frais de secours

- En France, en cas d'accident, MAIF Assistance prend en charge les frais de secours appropriés du lieu de l'accident jusqu'à une structure médicale adaptée à concurrence des frais engagés et dans la limite de 30 000 € par victime, (y compris sur le domaine skiable autorisé). MAIF Assistance prend également en charge les frais de secours liés à la pratique des raquettes que l'accident survienne ou non sur le domaine skiable autorisé.
- A l'étranger, les frais de secours sont pris en charge à concurrence de 30.000 €, qu'ils soient liés ou non à la pratique du ski, sauf s'ils font l'objet d'une prise en charge par l'autorité publique.

Frais de recherche

- En France, MAIF Assistance ne prend pas en charge les frais de recherche.
- A l'étranger, en cas de disparition du bénéficiaire, MAIF Assistance prend en charge à concurrence de 30.000 €, dès lors qu'ils sont justifiés, les frais de recherche engagée par les services de secours habilités, sauf s'ils font l'objet d'une prise en charge par l'autorité publique.

8.6 – ASSISTANCE VIE QUOTIDIENNE SUITE A ACCIDENT

MAIF Assistance prend en charge et met en œuvre les moyens nécessaires à l'exécution des prestations prévues à l'option B et ce dans la limite de 100€/mois pendant 3 mois maximum :

- ► **Garde d'enfants de moins de 16 ans** : prise en charge dans cette limite des frais de voyage aller-retour d'un proche au domicile OU les frais de transport aller-retour des enfants, le cas échéant avec accompagnateur, chez un proche désigné, OU la garde de ces mêmes personnes au domicile par un intervenant extérieur
- ► **Aide-ménagère :** prise en charge d'une aide-ménagère pour les courses, le ménage, le repassage, la préparation des repas.

MAIF ASSISTANCE se chargera de contacter le prestataire qui répondra au mieux au besoin exprimé par l'assuré, organisera son intervention et prendra en charge la facture dans la limite des conditions prévues.

8.7 - ASSISTANCE EN CAS DE DECES

8.7.1 - Décès d'un bénéficiaire en déplacement

MAIF Assistance organise et prend en charge le transport du corps jusqu'au lieu d'obsèques ou d'inhumation en France ou, pour les bénéficiaires domiciliés à l'étranger dans le pays de domicile du défunt. La prise en charge inclut les frais de préparation du défunt, les aménagements spécifiques au transport, ainsi qu'un cercueil, conforme à la législation et de qualité courante. Les autres frais, notamment les frais de cérémonie, de convoi et d'inhumation restent à la charge de la famille.

8.7.2 - Déplacement d'un proche

Si la présence d'un proche sur les lieux du décès s'avère indispensable pour effectuer la reconnaissance du corps, ou les formalités de rapatriement ou d'incinération du bénéficiaire décédé, MAIF Assistance organise et prend en charge son déplacement aller-retour et son hébergement à concurrence de 80 € par nuit et pour une durée maximale de 15 nuits.

8.7.3 - Retour anticipé en cas de décès ou de risque de décès imminent et inéluctable

En cas de décès ou de risque de décès imminent et inéluctable du conjoint (de droit ou de fait), d'un ascendant en ligne directe ou d'un descendant en ligne directe, d'un frère ou d'une sœur d'un des bénéficiaires, MAIF Assistance organise et prend en charge :

- l'acheminement des bénéficiaires en déplacement jusqu'au lieu d'inhumation ou d'obsèques en France ou dans leur pays de domicile ;
- ou l'acheminement des bénéficiaires auprès du proche tel que défini ci-dessus en cas de risque de décès imminent et inéluctable, sur décision des médecins de MAIF Assistance, en France ou dans le pays du domicile du bénéficiaire.

8.8 - ASSISTANCE AUX PERSONNES VALIDES

8.8.1 - Retour des autres bénéficiaires

Lorsque le transport sanitaire d'un bénéficiaire est décidé, si le moyen de retour prévu initialement ne peut être utilisé, MAIF Assistance organise et prend en charge le retour des autres bénéficiaires, directement concernés par cette interruption de séjour ou de voyage, à leur domicile.

8.8.2 - Accompagnement d'une personne handicapée ou d'un enfant de moins de 15 ans

Lorsqu'un transport concerne une personne handicapée ou un enfant de moins de 15 ans non accompagné, MAIF Assistance organise et prend en charge le voyage aller et retour d'un proche, ou d'une personne habilitée par sa famille ou par la collectivité, pour l'accompagner dans son déplacement. Lorsque ce voyage est impossible, MAIF Assistance fait accompagner la personne handicapée ou l'enfant par une personne qualifiée.

8.8.3 - Attente sur place

MAIF Assistance organise l'hébergement des bénéficiaires qui attendent sur place la réparation du véhicule immobilisé et participe aux frais (hôtel et repas), à concurrence de 80 € par nuit et par personne, dans la limite de 15 nuits maximum.

8.8.4 – Retour anticipé pour se rendre au chevet d'un proche

MAIF Assistance met à la disposition du bénéficiaire un titre de transport pour se rendre au chevet du conjoint (de droit ou de fait), d'un ascendant en ligne directe ou d'un descendant en ligne directe, d'un frère ou d'une soeur d'un des bénéficiaires, en France ou dans le pays du domicile du bénéficiaire, victime d'une maladie ou d'un accident grave nécessitant une hospitalisation imprévue de plus de 10 jours.

8.8.5 – Retour en cas d'indisponibilité du bateau ou du véhicule

Lorsque les bénéficiaires sont immobilisés plus de 5 jours à la suite du vol, de l'accident ou de la panne du bateau ou du véhicule les transportant, MAIF Assistance organise et prend en charge le retour de l'étranger s'effectue jusqu'à leur résidence temporaire en France.
En remplacement du retour au domicile, et dans la limite du coût de cette mise en oeuvre, la collectivité peut choisir l'acheminement des bénéficiaires à leur lieu de destination.
Ces dispositions peuvent s'appliquer sans conditions de délai en cas de nécessité de poursuite du voyage ou de retour immédiat.
Le cas échéant, MAIF Assistance se réserve le droit de demander au transporteur, via la collectivité, le remboursement des frais ainsi engagés.
Cette garantie n'est pas cumulable avec l'attente sur place décrite en 8.8.3.

8.8.6 – Sinistre majeur concernant la résidence

En cas de sinistre majeur concernant la résidence principale ou secondaire du bénéficiaire survenu postérieurement à la date de son départ, et nécessitant impérativement sa présence, MAIF Assistance organise et prend en charge le transport du bénéficiaire en déplacement pour se rendre à son domicile.

8.9 - GARANTIES COMPLEMENTAIRES

8.9.1 - Vol, perte ou destruction de documents

En cas de vol, perte ou de destruction de papiers d'identité, de documents bancaires ou de titres de transport, MAIF Assistance conseille le bénéficiaire sur les démarches à accomplir (dépôt de plainte, oppositions, documents équivalents, démarches à effectuer pour renouveler les documents) et peut, contre reconnaissance de dette, effectuer l'avance de fonds nécessaire au retour au domicile.

8.9.2 - Animaux, bagages à main et accessoires nécessaires à l'activité

A l'occasion du transport sanitaire d'une personne, les animaux domestiques qui l'accompagnent, ses bagages à main et les accessoires nécessaires à son activité sont rapatriés aux frais de MAIF Assistance.

8.9.3 - Acheminement du matériel indisponible sur place suite à vol ou dommages

En cas de vol de matériel indispensable à la poursuite de l'activité de la collectivité ou de dommage accidentel le rendant inutilisable, et dès lors que ce

matériel est indisponible sur place, MAIF Assistance organise et prend en charge l'acheminement de matériel de remplacement mis à disposition au siège de la collectivité jusqu'au lieu de l'activité de la collectivité.

8.9.4 - Evénement climatique majeur

Attente sur place : Lorsque les bénéficiaires ne peuvent poursuivre le voyage prévu à la suite d'un événement climatique majeur, MAIF Assistance prend en charge leurs frais d'hébergement à concurrence de 80 € par nuit et ce, pour une durée maximum de 15 nuits.

Retour des bénéficiaires : Lorsque les bénéficiaires doivent interrompre leur séjour en raison d'un événement climatique majeur, et si les conditions le permettent, MAIF Assistance organise et prend en charge leur retour au domicile.

La prise en charge de ces garanties n'est effective que si elles ont été mises en oeuvre après accord de MAIF Assistance et dès lors qu'il n'y a aucune prise en charge de la part des autorités françaises, des autorités du pays sinistré, des organismes de voyage ou des compagnies de transport concernés. MAIF Assistance se réserve le droit d'exercer tout recours auprès de ces organismes de voyage et compagnies de transport.

8.9.5 - Frais de télécommunications à l'étranger

Les frais de télécommunications à l'étranger, engagés par le bénéficiaire pour joindre MAIF Assistance à l'occasion d'une intervention d'assistance ou d'une demande de renseignement, sont remboursés par MAIF Assistance, sur présentation de justificatifs des dépenses.

8.10 - AVANCE DE FONDS, FRAIS DE JUSTICE ET CAUTION PENALE

8.10.1 - Avance de fonds

MAIF Assistance peut, contre reconnaissance de dette, consentir à la collectivité, pour son propre compte ou pour le compte d'un bénéficiaire, une avance de fonds pour lui permettre de faire face à une dépense découlant d'une difficulté grave et de caractère imprévu.

Ces avances de fonds sont remboursables, dans un délai d'un mois, après le retour du bénéficiaire à son domicile.

8.10.2 - Frais de justice à l'étranger

MAIF Assistance prend en charge dans la limite de 3 000 € les honoraires d'avocat et frais de justice que le bénéficiaire peut être amené à supporter à l'occasion d'une action en défense ou recours devant une juridiction étrangère, en cas d'accident, de vol, de dommages ou de tout autre préjudice subi au cours du séjour ou voyage.

8.10.3 - Caution pénale à l'étranger

MAIF Assistance effectue le dépôt des cautions pénales, civiles ou douanières, dans la limite de 10.000 €, en cas d'incarcération du bénéficiaire ou lorsque celui-ci est menacé de l'être.

Ce dépôt de caution a le caractère d'une avance auprès de la collectivité. Il devra être intégralement remboursé à MAIF Assistance dans un délai d'un mois suivant son versement.

MISE EN OEUVRE DES PRESTATIONS GARANTIES

► MAIF Assistance met en œuvre les prestations de la présente convention et assume, pour le compte de l'assureur, la prise en charge des frais y afférents.

MAIF ASSISTANCE est joignable 7j/7, 24h/24
Au 05 49 34 88 27, si vous êtes en France.
Au +33 5 49 34 88 27, si vous êtes à l'étranger

► Les prestations s'appliquent compte tenu des caractéristiques géographiques, climatiques, économiques, politiques et juridiques propres au lieu de déplacement et constatées lors de l'événement.

- La responsabilité de MAIF Assistance ne saurait être recherchée, en cas de manquement aux obligations de la présente convention si celui-ci résulte de cas de force majeure ou d'événements tels que guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.
- De la même façon, la responsabilité de MAIF Assistance ne saurait être recherchée en cas de refus par le bénéficiaire de soins ou d'examens préalables à un transport sanitaire, dans un établissement public ou privé ou auprès d'un médecin qui auront été préconisés par MAIF Assistance.
- MAIF Assistance ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales, médicales et/ou administratives, et ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais de service public ainsi engagés s'ils relèvent de l'autorité publique.
- En outre, MAIF Assistance ne peut intervenir dans les situations à risque infectieux en contexte épidémique faisant l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifique de la part des autorités sanitaires locales et/ou nationales du pays d'origine.
- Enfin, MAIF Assistance ne sera pas tenu d'intervenir dans les cas où le bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation locale en vigueur.

► Ces prestations sont mises en œuvre par MAIF Assistance. MAIF Assistance ne participe pas, en principe, aux dépenses que le bénéficiaire a engagées de sa propre initiative.

► Toutes les dépenses que le bénéficiaire aurait dû normalement engager en l'absence de l'événement donnant lieu à l'intervention de MAIF Assistance, restent à sa charge (titre de transport, repas, essence, péage …).

► Les prestations, non prévues dans la présente convention, que MAIF Assistance accepterait de mettre en œuvre à la demande d'un bénéficiaire seront considérées comme une avance de fonds remboursable.

► Lorsque tout ou partie des prestations fournies en exécution du contrat sont couvertes totalement ou partiellement par les organismes sociaux, le bénéficiaire requerra auprès des organismes concernés les remboursements qui lui sont dus et les reversera à MAIF Assistance.

Les bénéficiaires en déplacement, confrontés à de sérieux ennuis non prévus dans le présent document, pourront appeler MAIF Assistance qui s'efforcera de leur venir en aide.

Article 9 / EXCLUSIONS

Sont notamment exclus :

9.1. - Dommages causés par une faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré,
9.2. - Dommages : - causée par la guerre étrangère /// causés par la guerre civile, auquel cas c'est à l'assureur de prouver que le sinistre résulte de cet événement /// résultant d'attentats et d'actes de terrorisme.
9.3. - Conséquences pécuniaires des dommages résultant d'émeutes, mouvements populaires, actes de terrorisme, sabotage ainsi que des accidents dus à des grèves ou lock out de la personne morale assurée.
9.4. - Amendes quelle qu'en soit la nature, astreintes, clauses pénales.
9.5 - Sinistres consécutifs à l'état alcoolique de l'Assuré, tel que défini dans le Code pénal et à l'article L 234-1 du Code de la Route, sauf s'il est établi que le sinistre est sans relation avec cet état.
9.6. - Dommages y compris le vol, causés aux biens dont les assurés personnes morales et leurs préposés sont propriétaires, locataires, dépositaires ou gardiens,
9.7. - Conséquences d'engagements particuliers pris par les assurés, pour la seule part excédant celle à laquelle ils seraient tenus en vertu des textes légaux, de la jurisprudence ou des conventions habituelles dans l'activité pratiquée.
9.8. –Dommages résultant de la pratique des sports ou activités suivantes : Sports aériens, sports comportant l'usage de véhicules terrestres à moteur, utilisation d'embarcation d'une longueur supérieure à 10 mètres, ou équipée d'un moteur de plus de 10 CV ou pouvant transporter plus de 10 personnes, ski, bobsleigh, skeleton, ice surfing, alpinisme, sports de combat, spéléologie, saut à l'élastique, sports d'eaux vives,
9.9. Dommages causés par tous engins ou véhicules ferroviaires, aériens, spatiaux, maritimes, fluviaux,
9.10. - Dommages causés à l'occasion d'activités ayant fait l'objet de la souscription d'un contrat d'assurance en vertu d'obligation légale (exemple : utilisation de véhicules terrestres à moteur et leur remorque, actes de chasse ou de destruction d'animaux malfaisants ou nuisibles, exploitation de remontées mécaniques et de funiculaires, activités d'agence de voyages).
9.11. Dommages résultant de l'inobservation consciente et délibérée ou inexcusable des dispositions conformément aux dispositions des articles L.312-1 à L.321- 10 du Code du Sport, relatifs à la sécurité des équipements et des manifestations sportives.
9.12. - Conséquences pécuniaires de la Responsabilité Civile incombant à tout assuré qui organiserait ou pratiquerait des exercices dénaturés par rapport aux règles régissant le sport garanti.
9.13. Dommages provenant de l'effondrement de tribunes et/ou gradins démontables de plus de 1.000 places par enceinte sportive.

Article 10 / DISPOSITIONS EN CAS DE SINISTRE

A - Dès que l'Assuré a connaissance d'un sinistre ou d'un litige, il doit le déclarer : - par écrit (ou verbalement contre récépissé) à la MDS dans les CINQ JOURS OUVRES,
La non-déclaration, ou la déclaration passés les délais ci-dessus, entraîne la déchéance, dans la mesure où le retard, non imputable à un cas fortuit ou de force majeure, aura causé un préjudice à la Société.

B- L'Assuré doit en outre :

- indiquer dans les plus brefs délais la date, la nature et les circonstances du sinistre, ses causes et ses conséquences, connues ou présumées, le montant approximatif des dommages.
- en ce qui concerne les sinistres susceptibles d'engager une Responsabilité, indiquer les nom et adresse des responsables, personnes lésées et des témoins, transmettre dans le plus bref délai tous avis, lettres, convocations, assignations, actes extrajudiciaires et pièces de procédure qui seraient adressés, remis ou signifiés, à lui-même ou à ses préposés.

C - Faute par l'Assuré de remplir tout ou partie des obligations prévues ci-dessus, sauf cas fortuit ou de force majeure, l'Assureur peut réclamer une indemnité proportionnée au dommage qui lui aura été causé, soit par manquement à ces obligations, soit par l'obstacle fait par lui à l'action de l'Assureur.
S'il fait sciemment de fausses déclarations sur la nature et les causes, circonstances ou conséquences d'un sinistre, il est déchu de tout droit à la garantie pour ce sinistre.

D - Subrogation - Droits de l'Assureur sur les frais engagés :

L'Assureur est subrogé jusqu'à concurrence des indemnités versées par lui dans les droits et actions de l'Assuré contre tout responsable du sinistre (Article L.121-12 du Code des Assurances). Si la subrogation ne peut pas, du fait de l'Assuré, s'opérer en faveur de la Société, la garantie cesse, pour la partie de garantie objet de cette subrogation.

Par ailleurs, l'**Assuré s'engage à rembourser** à l'Assureur toute somme que celui-ci aura avancée qui lui serait directement réglée par un tiers, y compris les sommes accordées au titre de l'Article 700 du Nouveau Code de Procédure Civile - ou de ses équivalents devant les autres juridictions - pour frais et honoraires non compris dans les dépens.

Article 11 / MEDIATEUR / INFORMATIQUE ET LIBERTE

11. - MEDIATEUR

En cas de difficultés dans l'application du présent contrat, l'Assuré consulte d'abord son assureur-conseil; Si les difficultés persistent, il s'adresse à : **Service Réclamations, 79038 Niort cedex 9, ou par message électronique à : reclamation@maif.fr**

Si après examen de la réclamation, le désaccord n'a toujours pas été résolu, l'assuré peut saisir LA MEDIATION DE L'ASSURANCE - TSA 50110 - 75441 PARIS CEDEX 09 qui interviendra selon les modalités et dans les limites prévues par la Charte de la Médiation de l'Assurance (cette charte peut lui être adressée sur simple demande auprès du service Réclamations visé ci-dessus). En revanche, son avis ne lie pas l'assuré qui conserve la possibilité de saisir le tribunal compétent, si le désaccord persiste.

11.2 - INFORMATIQUE ET LIBERTÉ :

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion du présent contrat.
Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la loi du 6 août 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de modification, de rectification, de suppression et d'opposition relatif aux données vous concernant, en adressant votre demande à :
Secrétariat Général MAIF, 79038 Niort Cedex 9 ou sec-general@maif.fr.

Accord collectif n° 2159 /// FEDERATION FRANCAISE DE BASKETBALL
Notice d'information Individuelle Accident /// Saison 2019 / 2020

Les licenciés de la Fédération bénéficiant du présent Accord collectif deviennent membres participants de la M.D.S. Conformément aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité et des articles 10 et 12 des statuts susvisés, leur représentation à l'assemblée générale de la M.D.S. est organisée comme suit :

- la Fédération souscriptrice constitue une section de vote qui doit élire ou désigner des délégués et des délégués suppléants à l'assemblée générale de la M.D.S., le nombre de délégués et de délégués suppléants à élire ou désigner étant fonction du nombre de licenciés de la Fédération.
- la M.D.S. prend acte du processus démocratique et réglementé des élections ou désignations organisées au sein de la Fédération et reconnaît comme légitime l'élection ou la désignation des délégués par les membres du comité directeur.

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

DISPOSITIONS COMMUNES

Article 1 : OBJET

Le présent Accord collectif a pour objet de mettre en œuvre un régime collectif de prévoyance destiné aux licenciés de la Fédération Française de Basketball (FFBB), conformément aux dispositions du Code du Sport.

Article 2 : ASSURES

► Toute personne physique titulaire d'une Licence émise par la FFBB en cours de validité, ayant souscrit l'assurance et ayant rempli un formulaire de demande de Licence.

► Les personnes prêtant bénévolement leur concours à l'encadrement ou à l'organisation des activités liées à la pratique du Basket-Ball, sous réserve que cette assistance soit effectivement occasionnelle.

► Les personnes s'initiant à la pratique du Basket-ball et les joueurs à l'essai, sans Licence.

► Les joueurs en cours de qualification à condition qu'ils soient inscrits dès leur première activité donnant lieu à une autorisation provisoire, sous réserve de la régularisation de leur licence et au plus tard à la date du début des championnats.

Article 3 : ACTIVITES GARANTIES

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

► **Licences hors licences « Juniorleague », « Superleague », « Pass 3x3 » et « Vivre Ensemble » :**
- à l'entraînement, en compétitions officielles et/ou affinitaires, en sélections ,en matchs amicaux, en tournois, en stages organisés par les instances fédérales ou les clubs, au cours des activités sportives lorsqu'elles sont exercées au sein et sous le contrôle du club en tant qu'activités annexes préparatoires, ou complémentaires à la pratique du Basket-Ball ainsi que l'ensemble des réunions du comité sportif.

► **Licences Entreprise**

► **Licence Juniorleague :**
Délivrée à toute personne âgée de moins de 18 ans au jour de l'inscription. Le titre est valable pour toute la saison. Le participant qui devient majeur en cours de saison pourra solliciter gratuitement une licence Superleague couvrant le reste de la saison. Elle permet de s'inscrire aux tournois des circuits OpenStart, OpenPlus et à l'Open de France dans cette catégorie d'âge.

► **Licence Superleague :**
Délivrée à toute personne âgée de plus de 18 ans au jour de l'inscription. Le titre est valable pour toute la saison. Elle permet de s'inscrire aux tournois des circuits OpenStart, OpenPlus et à l'Open de France dans cette catégorie d'âge.

► **Pass 3x3 (Juniorleague / Superleague) :**
Délivré à toute personne sans distinction d'âge (Pass Juniorleague pour les U18 [moins de 18ans] ou Pass Superleague pour les plus de 18 ans). Il permet de s'inscrire à un seul et unique tournoi 3x3 organisés ou autorisés par la FFBB ou l'un de ses organismes fédéraux.

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

3.2 – Sont garantis également les activités extra-sportives exercées à titre récréatif, ainsi que les trajets Aller/Retour pour se rendre sur les lieux des activités visées à l'article 3.1 ci-dessus.

Article 4 : ETENDUE GEOGRAPHIQUE DES GARANTIES

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

Article 5 : PRISE D'EFFET DES GARANTIES

1. Pour les Assurés détenteurs d'une Licence délivrée par un club, les garanties sont acquises le jour de la délivrance de la Licence et restent acquises pour toute la durée de validité de la dite Licence.

   Pour les adhésions intervenant en cours d'année, la garantie est acquise le lendemain à 12 heures suivant la date de qualification par l'organisme compétent, aucun prorata de prime ne sera effectué, la prime annuelle sera due dans son intégralité.

   Chaque adhésion se renouvelle automatiquement par tacite reconduction à chaque échéance annuelle fixée au terme de la saison sportive (1er JUILLET, ZERO HEURE), sauf dénonciation effectuée de la part du licencié par courrier recommandé avec accusé de réception expédié à la FFBB, au plus tard le 31 mai de l'année en cours de la Licence.

   Les garanties cessent de plein droit dès lors que l'Assuré n'est plus licencié auprès de la FFBB.
2. Pour les Assurés détenteurs d'une d'une Licence Junior League, d'une Licence Super League ou d'un Pass 3x3 (Junior League / Super League), les garanties prennent effet à la date de délivrance de la Licence ou du Pass et sont acquises pendant toute la durée de validité de la Licence ou du Pass.
3. Pour les personnes prêtant bénévolement leur concours à l'encadrement ou à l'organisation des activités, les garanties prennent effet uniquement durant leur bénévolat.
4. Pour les personnes s'initiant à la pratique du basket-ball et pour les joueurs à l'essai, sans Licence, la garantie prend effet dès l'instant où elles s'initient ou s'essaient à cette pratique et cesse dès la fin de l'initiation ou de l'essai.
5. Pour les joueurs en cours de qualification à condition qu'ils soient inscrits dès leur première activité donnant lieu à une autorisation provisoire, sous réserve de la régularisation de leur Licence, la garantie prend effet dès leur inscription lors de leur première activité et au plus tard à la date du début des championnats.
6. Pour les personnes pratiquant le basket-ball dans le cadre de sessions labellisées « Vivre Ensemble », la garantie produit ses effets pendant le déroulement de la session, variable selon le type d'action mise en œuvre :
   - Basket Santé Découverte : une ou quelques journées,
   - Basket Santé Résolutions : sessions régulières sur plusieurs mois,
   - Basket Santé Confort : sessions régulières sur plusieurs mois,
   - Basket tonik qui consiste en la pratique d'activité de fitness avec un ballon de basketball (Pratique individuelle, dynamique, basée sur l'enchainement de gestes fondamentaux du basket, réalisés en rythme et sur une musique),
   - Basket inclusif, qui se définit comme des pratiques du basket, ou inspirées du basket, permettant de faire participer ensemble et en toute sécurité, avec des personnes valides, des personnes atteintes de troubles et/ou de handicaps visibles ou invisibles.

Si un Assuré était détenteur de plusieurs Licences, l'engagement de l'assureur serait en tout état de cause limité à une seule et même Licence.

Article 6 : TYPE DE GARANTIES / MODIFICATION DES GARANTIES

Selon l'option choisie par l'Assuré sur le formulaire de demande de Licence, les garanties sont les suivantes et détaillées au Titre II du présent Accord collectif :

► option A : « Frais médicaux suite à Accident », « Décès suite à Accident », « Invalidité permanente suite à Accident »,

► option B : garanties de l'option A ainsi que la garantie complémentaire « Indemnités journalières suite à Accident »,

► option C : « Garantie invalidité complémentaire » à l'option A ou B.

Chaque Assuré détenteur d'une Licence en cours de validité peut modifier l'option qu'il a souscrite, en remplissant une nouvelle demande de Licence qui devra être expédiée en recommandé avec accusé de réception au siège de la FFBB.
La prime d'assurance sera perçue dans sa totalité et ce, quelle que soit la date de souscription à l'option. La modification sera effective le lendemain à 12 heures suivant la date de réception du formulaire de demande au siège de la FFBB.

Pour les modifications intervenant à l'échéance, la prime à régler sera celle de la nouvelle option souscrite.

Pour les modifications intervenant au cours de la période de validité de la Licence, aucun remboursement de prime ne sera effectué pour les Assurés passant de l'option B à l'option A ou de l'option C à l'option A ou B.
De même, aucun calcul de prorata ne sera effectué pour la perception de prime correspondant à l'augmentation des capitaux garantis pour les Assurés passant de l'option A à l'option B, la prime de la Licence sera due dans son intégralité.

Article 7 : DÉCLARATION D'ACCIDENT - Obligations de l'assuré

Sauf cas de force majeure, tout accident doit être déclaré dans les 5 jours à l'aide d'un formulaire adressé à la M.D.S. et sur lequel sera clairement indiquée l'option de garantie choisie.

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

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

Faute par l'assuré de remplir tout ou partie des obligations prévues ci-dessus, sauf cas fortuit ou de force majeure, les assureurs peuvent réclamer une indemnité proportionnée au dommage qui leur aura été causé; soit manquement à ces obligations, soit par l'obstacle fait par lui à leur action.
S'il fait sciemment de fausses déclarations sur la nature et les causes, circonstances ou conséquences d'un sinistre, il est déchu de tout droit à la garantie pour ce sinistre.

Article 8 : ASSURANCES CUMULATIVES

Si l'assuré souscrit auprès de plusieurs assureurs des contrats pour un même intérêt contre un même risque, il doit donner immédiatement à chaque assureur connaissance des autres assurances.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Article 9 : PRESCRIPTION

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

Toutefois, ce délai ne court :

1°/ en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

2°/ en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là

Quand l'action 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 pour les garanties relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

La prescription peut être interrompue par :

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

Article 10: RECLAMATION / MÉDIATION

En cas de désaccord sur l'application des garanties de la M.D.S., l'assuré peut présenter sa réclamation au Service Réclamations de la M.D.S. :

► par voie postale à : **MUTUELLE DES SPORTIFS – Service Réclamations – 2/4 rue Louis David – 75782 Paris Cedex 16**

► par messagerie électronique à : **reclamations@grpmds.com**

► par télécopie au **: 01.53.04.86.10**

► par téléphone au : **01.53.04.86.30** (numéro non sur-taxé) ; dans ce dernier cas, une confirmation écrite du réclamant doit être adressée au Service Réclamations.

Le Service Réclamations s'engage à :

► accuser réception de la réclamation dans un délai maximal de 10 jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation écrite, sauf si la réponse est apportée dans ce délai,

► tenir le réclamant informé du déroulement du traitement de sa réclamation,

► traiter la réclamation dans le délai maximal de 2 mois à compter de la réception de la réclamation écrite.

Si le désaccord subsiste après examen de la réclamation, l'assuré a la faculté de saisir le Médiateur de la consommation auprès du Groupe MDS en formulant sa demande, par voie postale sous pli confidentiel à l'adresse suivante : Monsieur Philippe BORGAT (PhB expertise et conseil), Médiateur de la consommation auprès du Groupe M.D.S. – 6 rue Bouchardon – 75010 PARIS, ou par voie de dépôt en ligne d'une demande de médiation sur le site du Médiateur : http://mediation.mutuelle-des-sportifs.com.

Le Médiateur intervient selon les modalités et dans les limites définies dans la Charte de la Médiation de la consommation auprès du Groupe MDS, charte dont une copie est communiquée à l'assuré sur simple demande de sa part adressée au Service Réclamations.

L'avis du Médiateur ne s'impose pas à l'assuré qui conserve la faculté de saisir le tribunal compétent afin de le faire statuer sur le litige qui l'oppose à la M.D.S..

Article 11 : INFORMATIQUE ET LIBERTÉ

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion de la présente convention. L'assuré peut demander communication ou rectification de toute information le concernant qui figurerait sur les fichiers de l'assureur, de ses mandataires et réassureurs ou de la Fédération. Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectification en s'adressant à la M.D.S., à l'adresse de son siège social (loi n° 78-17 du 6 Janvier 1978).

GARANTIES « INDIVIDUELLE ACCIDENT »

La Mutuelle des Sportifs, dans le respect des dispositions du Code de la Mutualité, garantit le règlement de prestations en cas de blessures, d'incapacité temporaire totale de travail, d'invalidité permanente totale ou partielle ou de décès du fait d'un accident survenu pendant l'exercice des activités garanties telles que décrites à l'article 3 ci-dessus.

Article 12 : DÉFINITIONS

12.1. – Accident :

Par accident corporel, il faut entendre toute atteinte corporelle (y compris accident cardio-vasculaire et accident vasculo cérébral / AVC), non intentionnelle de la part de la victime, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

12.2. – Invalidité permanente totale ou partielle :

L'assuré est considéré en état d'invalidité permanente totale ou partielle s'il est privé définitivement de tout ou partie de ses capacités physiques ou intellectuelles.

Pour l'appréciation de cette invalidité, c'est le **Barème Indicatif d'Invalidité pour les Accidents du Travail** qui sera utilisé (art. 12.3.) et il ne sera tenu compte que de l'invalidité fonctionnelle et en aucun cas de l'invalidité professionnelle.

Il ne sera pas tenu compte non plus des préjudices annexes (pretium doloris, préjudice d'agrément, préjudice esthétique, etc.....).

12.3. - Barème d'Invalidité

Les invalidités permanentes seront réglées en évaluant les taux d'infirmités sur les bases du **Barème Indicatif d'Invalidité pour les Accidents du Travail** établi conformément à la loi du 30 Octobre 1946, suivant le Code de la Sécurité Sociale.

12.4. - Droit de contrôle et expertise

La M.D.S. se réserve le droit de contester les conclusions des certificats médicaux fournis par l'assuré. Pour ce faire, les médecins délégués de la M.D.S. ont libre accès auprès de l'assuré pour procéder à tout contrôle ou toute expertise ; de son côté, l'assuré a la faculté de se faire assister, à ses frais, par un médecin.

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

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

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

12.5. - Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

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

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

12.6. - Incapacité Temporaire Totale de Travail

L'assuré est considéré en état d'incapacité temporaire totale de travail s'il se trouve dans l'impossibilité complète et temporaire d'exercer sa profession ou toute profession en rapport avec ses aptitudes professionnelles et rémunérations antérieures.

12.7. - Principe indemnitaire

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

12.8. - Enfants à charge

Les enfants de l'assuré ou de son conjoint lorsqu'ils sont mineurs ou majeurs de moins de 25 ans s'ils sont rattachés au foyer fiscal de l'assuré ou, quel que soit leur âge, s'ils sont titulaires d'un titre leur reconnaissant un taux d'invalidité au moins égal à 80%.

12.9. - Subrogation

La M.D.S. est subrogée de plein droit à l'assuré victime d'un accident (ou à ses ayants droit) dans son action contre le tiers responsable et dans la limite des dépenses supportées par elle.

Article 13 : GARANTIES

13.1. – MODALITES

Les montants des garanties sont précisés au tableau ci-dessous (Article 13.2). Pour la mise en œuvre de certaines d'entre elles, il convient de se reporter aux précisions et modalités ci-après exposées.

13.1.1. - Capital Décès

En cas de décès de l'assuré survenant des suites d'un accident garanti (y compris accident cardio-vasculaire et accident vasculo-cérébral / AVC), la M.D.S. garantit le versement d'un capital dont le montant est indiqué au tableau ci-dessous (Article 13.2).

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

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

13.1.2- Capital Invalidité :

En cas d'invalidité permanente consécutive à un accident garanti (y compris accident cardio-vasculaire et accident vasculo-cérébral / AVC), la M.D.S. garantit le versement d'un capital dont le montant maximal est obtenu en multipliant le taux d'Invalidité de l'Assuré conformément au Barème d'Invalidité par le montant du capital correspondant dans le « Barème progressif » indiqué au tableau ci-dessous (Article 13.2).

Ce barème sera appliqué en faisant abstraction du taux d'invalidité éventuellement préexistant dès lors que cette invalidité préexistante n'est pas la conséquence d'un accident pris en charge par la M.D.S. **Seule la majoration du taux d'invalidité imputable à l'accident garanti sera prise en compte. Pour l'application de cette disposition cette majoration de taux est substituée au taux dans le barème annexé susvisé.**

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

Le taux d'invalidité est fixé d'après le BAREME INDICATIF D'INVALIDITE POUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL, dans les conditions prévues aux articles 12.2 et 12.3.

13.1.3- Frais de soins de santé :

Les remboursements des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation s'effectuent à concurrence des frais réels exposés et dans la limite précisée au tableau ci-dessous, **après intervention de tout régime de prévoyance obligatoire ou complémentaire (Sécurité Sociale, Mutuelles et autres assurances …) dont l'assuré bénéficie.**

Les frais médicaux seront remboursés aux personnes bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle (CMU) au 1er euro.

Les assurés ne bénéficiant d'aucun régime de prévoyance (Sécurité Sociale ou autre) verront leurs remboursements limités à 100% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale et/ou au montant du forfait journalier.

La M.D.S. arrête ses remboursements à la date de consolidation de l'état de santé de l'assuré.

13.1.4. – Incapacité Temporaire Totale—Indemnités Journalières :

Cette garantie a pour objet de faire bénéficier l'assuré d'une indemnité journalière en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail résultant d'un accident survenu lors de la pratique du basket.

Cette indemnité journalière est versée exclusivement en cas de perte réelle de revenu de l'assuré dans les conditions définies ci-dessus lorsque :

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

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

► **L'assuré est inscrit à « Pôle emploi » et reçoit à ce titre des prestations.**
Par perte réelle de revenu, on entend la différence entre les prestations versées par « Pôle emploi » servant de base à la déclaration annuelle à l'Administration Fiscale et les prestations versées par la Sécurité Sociale et/ou tout autre régime similaire ou régime complémentaire.

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

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

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

3) Rechute :
Toute rechute ou complication qui intervient après la reprise des occupations habituelles et ce, quel qu'en soit le délai, est considérée comme la suite du même accident et non comme un nouvel accident.
La MDS reprendra – sans aucune franchise – le versement des indemnités journalières à partir du 1er jour de la constatation médicale de la rechute et/ou complication et ce, sans que la période totale d'incapacité temporaire n'excède la durée maximum d'indemnisation de **120 jours.**
La MDS se réserve le droit de vérifier le lien de causalité entre l'accident préalablement indemnisé et la réclamation présentée par l'assuré pour rechute ou complication.

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

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

6) Résiliation ou expiration du contrat :
Dans le cas où le présent Accord collectif viendrait à être résilié, alors que des indemnités journalières sont versées au titre d'un accident garanti survenu avant la résiliation, la MDS paiera les indemnités journalières auxquelles l'assuré peut prétendre sans toutefois dépasser la durée totale d'indemnisation prévue au présent Accord collectif.
Toutefois, aucune indemnité journalière n'est due au-delà de la date de résiliation du présent Accord collectif, dans le cas où celui-ci est résilié pour non-paiement des cotisations.

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

13.2. MONTANTS DES GARANTIES (HORS ATHLETES DE HAUT NIVEAU)

Selon l'option choisie par l'Assuré sur le formulaire de demande de Licence, les garanties sont les suivantes :
► option A (cotisation : 2,98 € TTC) : « Frais médicaux suite à Accident », « Décès suite à Accident », « Invalidité permanente suite à Accident »,
► option B (cotisation : 8,63 € TTC) : garanties de l'option A ainsi que la garantie complémentaire « Indemnités journalières suite à Accident »,
► option C (cotisation : 0,50 € TTC) : « Garantie invalidité complémentaire » à l'option A ou B.

GARANTIES (Hors Athlètes de Haut Niveau visés à l'article 13.3)	GARANTIES DE BASE		GARANTIE COMPLEMENTAIRE
	OPTION A	OPTION B	OPTION C (*)
FRAIS DE SOINS DE SANTE			
- Frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation	200% de la base de remboursement Sécurité Sociale		
- Forfait journalier hospitalier	100% des frais réels		
- Frais d'ostéopathie	Jusqu'à 3 séances par an / Maximum 100 € / an		
- Soins dentaires	450 €		
- Frais de prothèse dentaire	900 €		
- Soins optiques (lunettes / lentilles)	300 € (monture : 150 € / 150 € par lentille)		
- Frais de premier transport (du lieu de l'accident à l'établissement hospitalier le plus proche susceptible de donner les premiers soins)	100% des frais réels		
- Frais de transport pour se rendre aux soins médicalement prescrits	100% des frais réels		
BONUS SANTE	**Au-delà des prestations de base ci-dessus, l'assuré bénéficie d'un « BONUS SANTE » à concurrence d'un montant global maximal par accident de 1 000 €.** **Ce Bonus Santé est disponible en totalité à chaque accident. S'il a été entamé ou épuisé à l'occasion d'un premier accident, il se reconstitue en cas d'accident ultérieur.** **L'assuré pourra disposer de ce Bonus pour le remboursement, après intervention de ses régimes de prévoyance obligatoire et complémentaire, et sur justificatifs, de toutes les dépenses suivantes sous réserve qu'elles soient prescrites médicalement et directement liées à l'accident pris en charge :** - dépassements d'honoraires médicaux ou chirurgicaux, - prestations hors nomenclature ou non remboursables par la Sécurité Sociale, - soins dentaires et optiques, - en cas d'hospitalisation : la majoration pour chambre particulière (les suppléments divers de confort personnel : téléphone, télévision, etc. ne sont pas pris en compte) /// si le blessé est mineur : le coût d'hébergement d'un parent accompagnant facturé par l'hôpital, ainsi que les frais de trajet, - frais de transport des accidentés pour se rendre de leur domicile au lieu de leurs activités scolaires, universitaires, professionnelles, **et d'une façon générale tous frais de santé prescrits par un médecin praticien.**		
DECES ACCIDENTEL	**25 000 €** **Majoration de 10% par enfant à charge dans la limite de 50% du capital garanti**		
INVALIDITE ACCIDENTELLE			
Taux d'invalidité :	*Barème progressif* *Capital réductible selon le taux d'invalidité*		*Barème progressif* *Capital réductible supplémentaire*
- 0 % à 19 %	20.000 €		10.000 €
- 20 % à 34 %	50.000 €		25.000 €
- 35 % à 49 %	100.000 €		50.000 €
- 50 % à 65 %	200.000 €		100.000 €
- 66 % à 100 %	350.000 €		175.000 €
- Perte Totale et Irréversible d'Autonomie	500.000 €		250.000 €
INDEMNITES JOURNALIERES (**)	**Option A : Garantie exclue**	45 € par jour Sans franchise Maximum : 120 jours	

(*) Le licencié ayant souscrit à l'une des deux Options de base « A » ou « B » peut à tout moment de l'année, tant à l'échéance qu'en cours d'année fédérale, souscrire à l'option complémentaire « C », les garanties afférentes à cette Option « C » se cumulant avec celles attachées aux options de bases « A » et « B ».

(**) La garantie « Indemnités Journalières » visée au tableau ci-dessus et définie à l'Article 13.1.4, bénéficie aux seuls titulaires de l'Option « B », ainsi qu'aux titulaires de l'Option « B » ayant ultérieurement souscrit à l'Option complémentaire « C »

13.3. GARANTIES SPECIFIQUES BENEFICIANT AUX ATHLETES DE HAUT NIVEAU

Les licenciés inscrits sur la liste des sportifs de haut niveau mentionnée à l'article L.221-2 du Code du Sport bénéficient des garanties spécifiques telles que décrites ci-après *(cotisation unitaire : 3,61 € TTC)*, **celles-ci se substituant aux Options A et B visées à l'article 13.2 du présent Accord collectif.**

GARANTIES HAUT NIVEAU (**)	MONTANTS
FRAIS DE SOINS DE SANTE - Frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation …… - Forfait journalier hospitalier …… - Frais d'ostéopathie …… - Soins dentaires …… - Frais de prothèse dentaire …… - Soins optiques (lunettes / lentilles) …… - Frais de premier transport …… - Frais de transport pour se rendre aux soins médicalement prescrits ……	 300% de la base de remboursement Sécurité Sociale 100% des frais réels Jusqu'à 3 séances par an / Maximum 100 € / an 600 € 1.200 € 600 € (monture : 300 € / 300 € par lentille) 100% des frais réels 100% des frais réels
BONUS SANTE	**Au-delà des prestations de base ci-dessus, l'assuré bénéficie d'un « BONUS SANTE » à concurrence d'un montant global maximal par accident de 5 000 €.** **Ce Bonus Santé est disponible en totalité à chaque accident. S'il a été entamé ou épuisé à l'occasion d'un premier accident, il se reconstitue en cas d'accident ultérieur.** **L'assuré pourra disposer de ce Bonus pour le remboursement, après intervention de ses régimes de prévoyance obligatoire et complémentaire, et sur justificatifs, de toutes les dépenses suivantes sous réserve qu'elles soient prescrites médicalement et directement liées à l'accident pris en charge :** - dépassements d'honoraires médicaux ou chirurgicaux, - prestations hors nomenclature ou non remboursables par la Sécurité Sociale, - soins dentaires et optiques, - en cas d'hospitalisation : la majoration pour chambre particulière (les suppléments divers de confort personnel : téléphone, télévision, etc. ne sont pas pris en compte) /// si le blessé est mineur : le coût d'hébergement d'un parent accompagnant facturé par l'hôpital, ainsi que les frais de trajet, - frais de transport des accidentés pour se rendre de leur domicile au lieu de leurs activités scolaires, universitaires, professionnelles, **et d'une façon générale tous frais de santé prescrits par un médecin praticien.**
DECES ACCIDENTEL	**50 000 €** **Majoration de 10% par enfant à charge dans la limite de 50% du capital garanti**
INVALIDITE ACCIDENTELLE Taux d'invalidité : - 0 % à 19 % - 20 % à 34 % - 35 % à 49 % - 50 % à 65 % - 66 % à 100 % - Perte Totale et Irréversible d'Autonomie	*Barème progressif* *Capital réductible selon le taux d'invalidité* 20.000 € 50.000 € 100.000 € 200.000 € 350.000 € 500.000 €
ACCIDENT CORPOREL GRAVE (*) **INVALIDITE ACCIDENTELLE SUITE A UN ACCIDENT DE SPORT**	**Versement d'un capital de 1 000 000 € en cas d'invalidité supérieure à 65 % :** *En cas d'accident survenant **exclusivement pendant la pratique de l'activité sportive (à l'exclusion notamment des accidents de trajet),** et lorsqu'il est constaté par expertise médicale que l'accident survenu peut entraîner des conséquences graves et irréversibles et que dans ces conditions le licencié blessé court le risque d'une invalidité fonctionnelle prévisible égale ou supérieure à 66%, la M.D.S. lui verse :* ► ***Avant la consolidation** et au plus tard dans les 4 mois de la blessure, **un capital forfaitaire immédiat de 100.000 €.*** *Ce forfait ne peut en aucun cas être remis en cause à la consolidation, même dans l'hypothèse où le blessé, bénéficiant d'une rémission, n'atteint pas lors de cette consolidation le taux de 66 %.* ► ***A la consolidation et si le taux d'Invalidité atteint ou excède 66%, un capital de 900.000 €.***
INDEMNITES JOURNALIERES	60 € par jour / Sans franchise / Maximum : 120 jours

(*) Le Capital de 1 000 000 € versé en cas d'Accident corporel grave survenu pendant l'activité sportive et entraînant une invalidité supérieure à 65%, ne se cumule pas avec le Capital Invalidité Accidentelle (de 20 000 € à 500 000 € selon le taux d'invalidité), ce dernier étant dû dans les deux seuls cas suivants :
- **Accident de sport se traduisant par une invalidité inférieure ou égale à 65%**
- **Accident survenu en dehors de l'activité sportive (trajet notamment)**

14. REGLEMENT DES PRESTATIONS : FORMALITES A REMPLIR EN CAS D'ACCIDENT

14.1. - Règlement des frais de soins de santé

Il appartient à l'assuré d'adresser à la M.D.S. ses bordereaux de remboursement du régime obligatoire et le cas échéant de tout régime complémentaire.
Les assurés de la M.D.S. non affiliés à une caisse chirurgicale ou mutualiste, peuvent éviter, lorsqu'ils sont hospitalisés sur le territoire français, de faire l'avance du ticket modérateur et/ou du forfait journalier en lui faisant adresser par l'établissement hospitalier une demande de prise en charge rappelant les références du dossier concerné.

14.2. - Formalités en cas d'invalidité (*)

Dans les jours qui suivent la survenance de l'invalidité et au plus tard dans un délai de 90 jours, un certificat médical doit être transmis directement au médecin -conseil de la M.D.S. et doit préciser :
- le taux d'invalidité probable et la date de consolidation. Si l'assuré est affilié au régime général de la Sécurité Sociale (ou à un régime équivalent) classant son invalidité en 2ème ou 3ème catégorie au sens du Code de la Sécurité Sociale ;
- la nature exacte de l'affection ou des blessures, les antécédents éventuels et l'évolution probable de la pathologie dont souffre l'adhérent ;
- la date de première constatation de l'affection.

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

14.3 - Formalités en cas de décès de l'assuré (*)

Les pièces suivantes doivent être adressées à la M.D.S. :
- un acte de décès de l'assuré,
- un certificat médical indiquant la cause du décès,
- une copie du rapport de police ou de gendarmerie, le cas échéant,
- une copie du livret de famille ou un extrait d'acte de naissance.

La M.D.S. se réserve le droit de demander toute pièce justificative complémentaire qu'elle estime nécessaire.

(*) Aucun accident ne peut donner droit simultanément au versement des capitaux Décès et Invalidité.
Toutefois, dans le cas où après avoir perçu une indemnité résultant de l'Invalidité Permanente Totale ou Partielle consécutive à un accident garanti, l'assuré venait à décéder dans le délai de 2 ans des suites du même accident garanti, la MDS verserait au bénéficiaire le capital prévu en cas de Décès accidentel après déduction de l'indemnité déjà versée au titre de l'Invalidité Permanente.

14.4 - Formalités en cas d'incapacité temporaire

Pour les pertes de revenus, la M.D.S. demandera tout justificatif utile, notamment relevés de la Sécurité Sociale, attestation de l'employeur, documents fiscaux, etc ...

Article 15 : EXCLUSIONS

- **les accidents qui sont le fait volontaire de l'assuré ou du bénéficiaire en cas de décès,**
- **les suicides volontaires et conscients ou tentatives de suicide,**
- **les accidents occasionnés par guerre civile ou étrangère, insurrection, émeute, complot, mouvement populaire auxquels l'adhérent a pris une part active,**
- **les accidents qui résultent de la participation de l'adhérent à des rixes, sauf en cas de légitime défense,**
- **les suites d'accidents, d'infirmité ou de maladies dont la survenance est antérieure à la date d'adhésion de l'assuré,**
- **les accidents résultant de l'usage d'alcool, de drogues ou de stupéfiants par l'assuré,**
- **les accidents résultant des effets directs ou indirects d'explosion, d'irradiation, de dégagement de chaleur provenant de la transmutation de noyaux d'atome ou de la radioactivité.**