



ANNEXE 1

Notice d'information valant Conditions Générales du Contrat d'Assurance Fédéral « Individuelle Accidents & Assistance » souscrit par la FÉDÉRATION FRANÇAISE DE GYMNASTIQUE (FF GYM)

Cette notice d'information est établie conformément à l'article L141-4 du Code des assurances. Elle décrit les garanties, les exclusions et les obligations de l'Assuré au titre du contrat d'assurance fédéral « Individuelle Accidents & Assistance » n° 22764490204 souscrit par la Fédération Française de Gymnastique - 7ter Cour des petites écuries, 75010 PARIS, pour le compte des Assurés désignés ci-dessous auprès d'AXA FRANCE IARD, société anonyme, au capital de 214 799 030 euros, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 722 057 460, entreprise régie par le Code des assurances dont le siège social est situé 313 Terrasses de l'Arche - 92727 NANTERRE CEDEX.

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

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

Le courtier d'assurance intermédiaire à la souscription et à la gestion du contrat d'assurance fédéral « Individuelle Accidents & Assistance » ci-dessus référencé est la Société AMPLITUDE Assurances, société de courtage d'assurances immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés sous le numéro 884 053 133 00010 et auprès de l'ORIAS sous le numéro 20005657 en qualité de courtier d'assurance sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, ACPR, 4, Place de Budapest – CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

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

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

Assistance :

Pour bénéficier des garanties, Vous devez déclarer votre sinistre à AXA, par téléphone au numéro ci-après, disponible 24h/24 et 7J/7 : +33 (0)1 55 92 14 38 (prix d'un appel local)

En précisant :

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

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

**Droit applicable**

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

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

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

Juridiction compétente

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

Commission de contrôle

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



PARTIE I : INDIVIDUELLE ACCIDENTS

1. Définitions

Accident

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

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

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

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

Les entorses, déchirures, ruptures musculaires, tendineuses ou ligamentaires ayant une origine accidentelle sont couverts dans la définition de l'accident.

Activités garanties

Sont garanties :

- la pratique de la gymnastique artistique féminine, la gymnastique artistique masculine, la gymnastique rythmique, la gymnastique acrobatique, la gymnastique aérobic, le trampoline, le tumbling, la teamgym, la gymnastique forme et loisirs et toutes formes d'activités gymniques, acrobatiques et chorégraphiques, avec ou sans engin ou accessoire, quel qu'en soit le support, à l'occasion :
 - des entraînements, y compris à l'occasion de stages de préparation physique (quelle que soit l'activité sportive pratiquée),
 - des compétitions officielles et amicales (locales, départementales, interdépartementales, régionales, interrégionales, nationales ou internationales), les tournois,
 - des activités de BabyGym (pour les licenciés de 15 mois – 6 ans).
- la pratique du parkour (freestyle et speed) pour les entraînements et compétitions définies ci-avant, en intérieur et en extérieur. La pratique en extérieur est admise selon les modalités ci-après :



- dans des enceintes sportives réservées¹, non accessibles à tout public et en dehors de toute pratique en secteur public ouvert et en milieu urbain ;
- et sur du matériel gymnique et/ou matériel parkour correspondant aux normes de sécurité, à l'exclusion de tout matériel urbain.

¹ Sont entendues comme enceintes sportives réservées : des lieux de pratique sécurisés dans un espace délimité spécialement aménagé de manière permanente ou temporaire, circonscrit à la pratique sportive Parkour et ouverte aux seuls licenciés et/ou aux participants visés au contrat.

- o la pratique d'activités gymniques ou acrobatiques ou de remise en forme, en extérieur, sur la voie publique ou dans l'espace public.
- o la pratique d'activités gymniques ou acrobatiques ou de remise en forme en visioconférence, en direct ou en différé.
- o les stages et rencontres (y compris l'internat) de gymnastique :
 - organisés à l'échelon fédéral, interrégional, régional, interdépartemental, départemental ou local, par la FF Gym et/ou ses organismes déconcentrés et/ou ses structures labellisées et/ou les associations affiliées,
 - internationaux organisés par la FF Gym et/ou ses organismes déconcentrés et/ou ses structures labellisées et/ou les associations affiliées, ainsi que toute autre activité s'y rattachant, programmée par les responsables encadrants.
- o la participation des licenciés à la FF Gym engagés dans la préparation des équipes de France et des licenciés inscrits au projet de performance fédéral aux compétitions ou rencontres organisées en ligne par European Gymnastics ou tout opérateur privé dans les conditions prévues par le règlement fédéral.
- o les stages et séjours à vocation sportive ou de loisirs.
- o les déplacements directs (domicile/club) nécessités par une rencontre, un entraînement, une compétition, une réunion.
- o l'organisation de congrès, conférences, réunions, séminaires, cours de juges, formations de dirigeants, de cadres et de gymnastes.
- o les activités extra sportives telles que fêtes, bals, repas, sorties, manifestations diverses, organisées par la FF Gym et/ou ses organismes déconcentrés ou structures labellisées et/ou les associations affiliées.
- o les actions de promotion, notamment démonstrations, exhibitions, défilés, soirées de gala, journées portes ouvertes, stages de découverte organisés, par la FF Gym et/ou ses organismes déconcentrés ou structures labellisées et/ou les associations affiliées.



- la participation aux défilés sportifs et/ou folkloriques organisés par une collectivité de droit privé ou de droit public.
- les séances d'essai ou les journées portes ouvertes ou manifestations promotionnelles des activités garanties, organisées et/ou encadrées par la FF Gym, les Comités Régionaux, les Comités Départementaux, les structures labellisées et associations affiliées.

Toutes les activités listées ci-dessus sont couvertes dès lors qu'elles sont réalisées sous le contrôle de la FF Gym et/ou ses organes déconcentrées et/ou ses Clubs affiliés et/ou ses structures labellisées.

Année d'assurance

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

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

Arrêt de travail

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



Assurés

Les dirigeants statutaires ⁽¹⁾	s'ils sont titulaires d'une licence FF Gym en cours de validité et n'ayant pas renoncé au bénéfice de la garantie Individuelle Accidents & Assistance (Garantie de base) et /ou ayant adhéré à une garantie complémentaire
Les encadrants, les cadres techniques (administratifs ou sportifs, préposés ou bénévoles) de la FF Gym et engagées par les personnes morales assurées en Responsabilité Civile	
Les préposés, rémunérés ou non de la FF Gym	
Les personnes prêtant bénévolement leur concours à un Assuré dans le cadre des activités garanties de la FF Gym	
Les licenciés de la FF Gym, y compris les licenciés des sections BabyGym (15 mois – 6 ans)	
Les Sportifs Espoir et les Sportifs de Haut Niveau de la FF Gym	
Les membres de l'European Gymnastics dans le cadre de leurs missions pour le compte de l'UEG	
Les membres de la World Gymnastics dans le cadre de leurs missions pour le compte de la World Gymnastics	
Les membres de la Confédération Méditerranéenne de Gymnastique dans le cadre de leurs missions pour le compte de la Confédération Méditerranéenne de Gymnastique	sous réserve de déclaration préalable et paiement d'une cotisation forfaitaire
Les participants non licenciés dans le cadre des séances d'essai ou des journées portes ouvertes ou manifestations promotionnelles des activités garanties, organisées et/ou encadrées par la FF Gym, les Comités Régionaux, les Comités Départementaux, les structures labellisées et associations affiliées	

⁽¹⁾ Sont considérés comme dirigeants les membres élus du Comité Directeur de la FF Gym, des comités régionaux et comités départementaux, des pôles, ainsi que des associations régulièrement affiliées à la FF Gym. Sont également considérés comme dirigeants au sens de ce contrat d'assurance les cadres techniques d'Etat placés auprès de la FF Gym ou des organes déconcentrés par le Ministère chargé des Sports, les membres des Commissions de la FF Gym, les juges nationaux et internationaux.

Assureur

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

Autorité médicale

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

Barème d'invalidité

Les Invalidités Permanentes seront réglées en évaluant les taux d'infirmités par référence au barème indicatif des déficits fonctionnels séquellaire en Droit Commun du Concours Médical (dernière édition en cours au jour de l'accident).



Bénéficiaire

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

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

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

L'Assuré, pour les autres prestations.

Consolidation

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

Déchéance

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

Enfant à charge

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

Etat préexistant

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

Frais médicaux à la suite d'accident garanti

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

Frais de transport à la suite d'accident garanti

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

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

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

Franchise

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

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

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

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

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

Maladie

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

Sinistre

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

Sinistre collectif

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

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

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

Souscripteur

La Fédération Française de Gymnastique qui signe le contrat et s'engage à acquitter les cotisations.



2. Objet du contrat

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

3. Garanties et montant des garanties

Les garanties de base et complémentaires (options) et les montants des garanties applicables sont ceux indiqués dans les tableaux ci-après.

Les garanties de base sont acquises à l'Assuré lorsqu'elles sont souscrites au moment de la prise de Licence et les garanties complémentaires sont acquises à l'Assuré lorsqu'elles sont souscrites au Bulletin Individuel d'Adhésion Facultative.

3.1. Tableau des garanties de base

Les garanties de base et le montant des garanties de base applicables sont ceux indiqués dans le tableau ci-après :

Garanties Individuelle Accidents	OFFRE DE BASE	GARANTIES DES DIRIGEANTS / ESPOIR	SHN
Décès accidentel garanti	16 000€ (1) (2)	25 000 € (1) (2)	150 000 € (1) (2)
Invalidité permanente totale ou partielle à la suite d'accident garanti			
Inférieure à 50%	32 000€ * taux IP	50 000€ * taux IP	500 000€ * taux IP
Compris entre 50% et 65%	500 000€ * taux IP	500 000€ * taux IP	800 000€ * taux IP
A partir de 66%	750 000€ * taux IP	750 000€ * taux IP	800 000€
Franchise relative	5%	5%	5%
Frais médicaux à la suite d'accident garanti - par accident (3)	5 000€		
Dont :	1000€		
Frais ne relevant pas de la base de remboursement de la Sécurité Sociale	3 000€		
Frais de séjour dans un centre de rééducation en traumatologie sportive			
Frais de remise à niveau scolaire à la suite d'accident garanti	Dans la limite de 1 600€ Franchise : 15 jours d'arrêt consécutifs		

(1) Le capital est majoré de 10% par enfant fiscalement à charge, et ce, dans la limite de 50% du capital garanti.

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



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

3.2. Tableau des garanties complémentaires optionnelles (options aux choix)

Les garanties complémentaires optionnelles et le montant des garanties complémentaires optionnelles applicables sont ceux indiqués dans le tableau ci-après.

L'adhésion aux garanties complémentaires optionnelles est réservée aux licenciés (hors Sportifs de Haut Niveau).

Les garanties optionnelles viennent en remplacement de la garantie de base :

Garanties Individuelle Accidents	OPTION 1	OPTION 2
Décès accidentel	32 000 €	50 000 €
Invalidité permanente totale ou partielle à la suite d'accident garanti		
Inférieure à 50%	64 000 € x taux IP	80 000 € x taux IP
Compris entre 50% et 65%	500 000 € x taux IP	500 000 € x taux IP
A partir de 66%	750 000 € x taux IP	750 000 € x taux IP
Franchise relative	5%	5%

(1) Le capital est majoré de 10% par enfant fiscalement à charge, et ce, dans la limite de 50% du capital garanti.

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

Les options indemnités journalières s'ajoutent à la garantie de base et aux garanties optionnelles 1 et 2 :

OPTION	MONTANT DES INDEMNITES
A	8,00 € par jour
B	15,00 € par jour
C	30,00 € par jour



4. Évènements garantis

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

4.1. Décès accidentel garanti

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

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

Dispositions particulières en cas de disparition de l'Assuré :

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

4.3. Frais médicaux à la suite d'accident garanti

L'Assureur s'engage à rembourser à l'Assuré, jusqu'à concurrence des montants indiqués au tableau de garanties à l'article 3 de la présente Notice d'information valant Conditions Générales, des frais médicaux prescrits par un médecin, soumis ou non à remboursement de la Sécurité sociale, consécutifs à un accident garanti.

Ces prestations interviennent dans la limite des dépenses réelles restant à la charge de l'Assuré, après le remboursement éventuel du régime de Sécurité sociale et/ou assurances complémentaires de frais santé lorsque l'Assuré bénéficie des régimes de protection sociale correspondants et à concurrence d'un capital fixé à 5000 €.

Sont compris dans la garantie des frais médicaux :

- les frais de médecine générale ou spéciale, les frais d'interventions chirurgicales et de salles d'opérations, les frais d'hospitalisation, les frais de rééducation fonctionnelle ou professionnelle, les frais de soins et de prothèses dentaires, de lunettes, ainsi que les frais d'appareillage, **autres que les frais d'entretien et de remplacement d'appareils de prothèses et d'orthopédie** ;
- Les frais pharmaceutiques, engagés sur prescriptions médicales, sous réserve que les médicaments prescrits répondent aux conditions fixées par la législation et la réglementation de la Sécurité sociale pour leur prise en charge au titre d'un régime obligatoire de protection sociale ;
- Sont également couverts les frais de séjours dans un centre de rééducation en traumatologie sportive lorsqu'ils sont la conséquence d'un événement garanti et prescrits médicalement dans la limite de garantie de 3000 €. Ces frais sont étendus aux frais de transport correspondants. Ce capital de 3000 € reste inclus dans la limite globale de 5000 €.
Ne sont en aucun cas pris en charge par l'Assureur les frais de cure, d'héliothérapie et de thalassothérapie.
- Les frais d'analyse et d'examens de laboratoires ;
- Les frais ne relevant pas de la base de remboursement de la Sécurité Sociale et directement liés à l'accident font l'objet d'une participation de l'Assureur dans la limite de 1 000 €. Ce capital reste inclus dans la limite globale de 5000 €.

**Ne sont pas pris en charge :**

- tous autres suppléments et prestations de confort dont télévision, téléphone.
- les effets vestimentaires endommagés pour prodiguer les soins et résultant de l'accident.
- les pertes de salaires subies par les parents pour les déplacements liés à l'accident ou les congés sans solde qu'ils ont eu à prendre.

Pour les Assurés qui ne sont pas affilié à un régime obligatoire ou à tout autre régime de frais de santé, la garantie s'exercera à compter du premier euro dans la limite globale de 5000 €. Les frais qui ne sont pas normalement pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, ne seront pas indemnisés.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

5. Engagement maximum de l'Assureur

L'engagement maximum de l'Assureur ne pourra être supérieur à **9 000 000 €** pour un même événement, quel que soit le nombre d'assurés victimes de cet accident.

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

L'engagement maximum de l'Assureur est fixé à **9 000 000 € par sinistre et par année d'assurance.**

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

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

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



7. Exclusions

SONT EXCLUES DE L'ASSURANCE LES CONSÉQUENCES :

- de maladie ;
- d'éthylisme, d'ivresse manifeste ou s'il est révélé qu'au moment d'un accident, l'assuré avait une alcoolémie égale ou supérieure à celle fixée par la réglementation française régissant la circulation automobile, sauf s'il apporte la preuve de l'absence de relation de cause à effet ;

Toutefois :

- si l'accident survient dans un pays où la législation locale est plus restrictive que la réglementation française, l'alcoolémie maximale retenue sera celle fixée par la législation locale ;
- à l'inverse, si l'alcoolémie fixée par la réglementation locale est supérieure à celle fixée par la législation française, l'alcoolémie maximale autorisée sera celle fixée par la réglementation française ;
- d'usage de drogues, stupéfiants ;
- d'usage sans prescription médicale de médicaments ou tranquillisants ne pouvant être délivrés qu'avec prescription médicale ;
- de suicide ou de tentative de suicide survenant au cours de la première année suivant la date d'entrée en garantie de l'Assuré ;
- de guerre civile ou étrangère, d'insurrection, d'émeutes ou mouvements populaires, ainsi que des opérations de maintien de l'ordre dans le cadre de résolutions de l'ONU ou autre institution similaire, ainsi que les opérations de maintien de la paix ;
- d'un accident subi à l'occasion d'un déplacement ou séjour dans une des régions ou un des pays déconseillés par le Ministère français des Affaires étrangères. Pour les personnes déjà présentes dans cette zone à la date de l'inscription de cette zone sur les listes du ministère des affaires étrangères, l'exclusion ne s'applique qu'à compter du 14^e jour suivant cette inscription ;
- de la participation active de l'assuré à des émeutes, mouvements populaires, actes de sabotage, crimes ou délits intentionnels, rixes, sauf en cas de légitime défense, attentat, acte de terrorisme ;
- d'accidents survenus avant la date d'entrée en garantie de l'assuré ;
- d'un fait intentionnel de l'assuré, du bénéficiaire ou du souscripteur ;
- d'un traitement esthétique et/ou d'opération de chirurgie esthétique non consécutif à un accident garanti ainsi que leurs suites et conséquences ;
- d'un accident résultant :
 - de la conduite d'un véhicule si l'assuré n'est pas titulaire d'un permis réglementaire imposé par la législation locale,
 - de tout combustible nucléaire, produit ou déchet radioactif,
 - de tout engin destiné à irradier ou à exploser par modification du noyau de l'atome, ainsi que de leur décontamination,
 - de l'action directe ou indirecte de tout agent biologique ;
 - d'un accident résultant de la navigation aérienne, sauf en qualité de passager sur un avion de ligne commerciale régulière ou à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et dont le pilote possède un brevet et une licence réglementaire ;
 - De la pratique des activités suivantes :
 - acrobaties aériennes,
 - parachutisme, ULM, deltaplane, parapente ou engins similaires,
 - essais, entraînements ou participation à des épreuves ou compétitions comportant l'utilisation de véhicules ou embarcations à moteur,
 - raids sportifs,
 - tentatives de records, paris de toute nature ;
 - de cure de toute nature ;
 - de la négligence, du défaut de soins ou de l'usage de soins empiriques sans contrôle médical (sauf cas de force majeure). Les garanties sont alors versées en fonction des conséquences que l'accident aurait eues sur une personne soignée dans les règles de l'art ;
 - d'affections neurologiques, psychiatriques ou psychologiques.
 - Sont également exclus les hernies discales ou autres hernies, les lumbagos et sciatiques, les affections coronariennes, les hémorragies méningées, les névrites atteignant un nerf de la région traumatisée.
 - les conséquences d'accidents qui résultent de maladie mentale ou d'aliénation mentale constatée



médicalement ;

- les traitements de rajeunissement ;
- lorsqu'ils ne sont pas la conséquence directe d'un accident garanti :
- les accouchements,
- les maladies mentales constatées médicalement
- d'opérations chirurgicales sauf lorsqu'elle est la conséquence directe d'un accident garanti par le contrat ;
- de toutes lésions ou mutilations volontaires ;
- d'une aggravation due à un traitement tardif imputable à une négligence de l'Assuré ou à l'inobservation intentionnelle des prescriptions du médecin ;
- d'accidents résultants de la pratique par l'Assuré des activités sportives suivantes :
 - la chasse,
 - tous sports aériens (voltige, vol à voile, ultra léger motorisé et ailes volantes non motorisées, saut à l'élastique)
 - tous sports pratiqués à titre professionnel ;
- des arrêts de travail :
 - non prescrits médicalement,
 - correspondant aux congés légaux de maternité, de paternité et d'adoption pour les personnes qui bénéficient d'un régime de protection sociale de base,
 - prescrits à l'occasion de cure thermique.

8. Territorialité

À l'exclusion de la garantie frais médicaux à la suite d'accident, les garanties s'exercent pour les accidents survenus :

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

La garantie frais médicaux à la suite d'accident est accordée uniquement sur le territoire de la France métropolitaine.



9. Déclaration des sinistres

9.1. Modalités de déclaration des sinistres

- Faire tout ce qui est en votre pouvoir pour limiter les conséquences du sinistre.
- Faire votre déclaration en ligne via le site de la Fédération « l'espace du licencié – ma licence – déclaration de sinistre » ou sur le site d'AMPLITUDE ASSURANCES www.cabinet-gomis-garrigues.fr, dès que vous avez connaissance du sinistre, ou d'un événement susceptible d'entraîner la garantie du contrat, et au plus tard dans les cinq jours ouvrés.
- Indiquer dans la déclaration de sinistre :
 - les dates, lieu, nature, causes et circonstances du sinistre, et ses conséquences connues ou présumées,
 - les noms, prénom, âge et domicile des personnes lésées, et des témoins.
- Transmettre à l'Assureur :
 - tous les documents, pièces justificatives et informations complémentaires concernant le sinistre,
 - tous avis, lettres, convocations, assignations, actes extrajudiciaires et pièces de procédure qui seraient adressés, remis ou signifiés à vous-même ou à vos préposés.
- Déclarer, dans les mêmes délais, le sinistre sur chaque contrat d'assurance dont la garantie est susceptible de s'appliquer, et en cas d'existence de contrats d'assurances de même nature préciser dans la déclaration l'Assureur choisi par vous pour instruire ce sinistre.

9.2. Modalités de règlement des indemnités

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

Paiement du capital décès

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

Paiement du capital invalidité

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

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

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



Remboursement des frais médicaux

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

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

Versement des indemnités journalières

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

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

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

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

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

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

Remboursement des frais de remise à niveau scolaire

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



9.4. Arbitrage

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

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

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

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

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

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

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

9.5. Subrogation

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

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

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



10. Vie de l'adhésion

10.1. Prise d'effet et durée des garanties

Les garanties prennent effet au moment de la prise de Licence FF Gym pour les garanties de base, et à la réception du Bulletin Individuel d'Adhésion Facultative par la FF Gym pour les garanties complémentaires.

Par « prise de licence », il faut entendre : validation par le club après réception de la demande d'adhésion de l'Assuré.

L'adhésion au contrat doit se faire au moment du renouvellement de la licence fixé du 1^{er} septembre de l'année N au 31 août de l'année N+1. L'adhésion n'est pas automatique et doit faire l'objet d'une nouvelle adhésion.

Toutefois, les garanties sont automatiquement reconduites à chaque échéance pour les licenciés de l'exercice précédent sous réserve que leur licence soit renouvelée avant le 1^{er} décembre de l'année considérée.

Cessation des garanties

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

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

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

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

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

10.2. Délai de renonciation

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

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

– ne s'appliquent qu'au premier contrat, pour les contrats à durée déterminée suivis d'autres contrats de même nature, échelonnés dans le temps, sous condition que pas plus d'un an ne se soit écoulé entre deux contrats ;



– ne s’appliquent qu’en vue et lors de la conclusion du contrat initial, pour les contrats renouvelables par tacite reconduction.

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

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

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

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

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

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

Date [À compléter] Signature [Assuré] »

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

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

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



11. Vie du contrat

11.1. Obligations du Souscripteur en cours de contrat

À la souscription du contrat

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

En cours de contrat

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

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

L'Assureur peut proposer :

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



11.2. Résiliation du contrat

Comment résilier ?

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

Dans quelles circonstances ?

1/ Par l'Assureur

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

2/ Par le Souscripteur

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



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

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

4/ Par l'administrateur ou le liquidateur judiciaire

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

5/ De plein droit

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

12. Cotisation

La cotisation d'assurance est indiquée au moment de la prise de Licence pour les garanties de base et au Bulletin Individuel d'Adhésion pour les garanties complémentaires.

La cotisation est payable par l'Assuré au moment de la prise de Licence pour les garanties de base et à la signature du Bulletin Individuel d'Adhésion pour les garanties complémentaires.

13. Contrôle de l'Assureur

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

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

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



14. Déchéance

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

15. Prescription

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

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

Elle est également interrompue par :

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



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

16. En cas de réclamation

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

Comment adresser votre réclamation ?

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

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

Pour les garanties d'assurance

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

Nos engagements

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

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

La saisine du médiateur

Vous pouvez saisir le Médiateur de l'assurance :

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

Cette saisine peut se faire :

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

L'intervention du Médiateur est gratuite.

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

Les deux parties, vous-même et AXA, restent libres de suivre ou non la proposition du Médiateur. Vous conservez à tout moment la possibilité de saisir le tribunal compétent.





PARTIE II : ASSISTANCE

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

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

1.1 MISE EN JEU DES GARANTIES

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

1.1.1 Qui contacter en cas de sinistre ?

Pour obtenir les prestations d'assistance en cas de difficulté consécutive à un fait garanti, vous devez contacter immédiatement AXA, par téléphone : **+33 (0)1 55 92 14 38**

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

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

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

Vous devez Vous conformer aux solutions préconisées par AXA.

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

1.1.2 Responsabilité d'AXA

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

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

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



1.1.3 Circonstances exceptionnelles

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

1.2 QUI EST COUVERT ?

Les Assurés dans le cadre des **activités garanties** définies ci-après :

- la pratique de la gymnastique artistique féminine, la gymnastique artistique masculine, la gymnastique rythmique, la gymnastique acrobatique, la gymnastique aérobic, le trampoline, le tumbling, la teamgym, la gymnastique forme et loisirs et toutes formes d'activités gymniques, acrobatiques et chorégraphiques, avec ou sans engin ou accessoire, quel qu'en soit le support, à l'occasion :
 - des entraînements, y compris à l'occasion de stages de préparation physique (quelle que soit l'activité sportive pratiquée),
 - des compétitions officielles et amicales (locales, départementales, interdépartementales, régionales, interrégionales, nationales ou internationales), les tournois,
 - des activités de BabyGym (pour les licenciés de 15 mois – 6 ans).
- la pratique du parkour (freestyle et speed) pour les entraînements et compétitions définies ci-avant, en intérieur et en extérieur. La pratique en extérieur est admise selon les modalités ci-après :
 - dans des enceintes sportives réservées¹, non accessibles à tout public et en dehors de toute pratique en secteur public ouvert et en milieu urbain ;
 - et sur du matériel gymnique et/ou matériel parkour correspondant aux normes de sécurité, à l'exclusion de tout matériel urbain.

¹ Sont entendues comme enceintes sportives réservées : des lieux de pratique sécurisés dans un espace délimité spécialement aménagé de manière permanente ou temporaire, circonscrit à la pratique sportive Parkour et ouverte aux seuls licenciés et/ou aux participants visés au contrat.

- la pratique d'activités gymniques ou acrobatiques ou de remise en forme, en extérieur, sur la voie publique ou dans l'espace public.
- la pratique d'activités gymniques ou acrobatiques ou de remise en forme en visioconférence, en direct ou en différé.
- les stages et rencontres (y compris l'internat) de gymnastique :



- organisés à l'échelon fédéral, interrégional, régional, interdépartemental, départemental ou local, par la FF Gym et/ou ses organismes déconcentrés et/ou ses structures labellisées et/ou les associations affiliées,
 - internationaux organisés par la FF Gym et/ou ses organismes déconcentrés et/ou ses structures labellisées et/ou les associations affiliées, ainsi que toute autre activité s'y rattachant, programmée par les responsables encadrants.
-
- o la participation des licenciés à la FF Gym engagés dans la préparation des équipes de France et des licenciés inscrits au projet de performance fédéral aux compétitions ou rencontres organisées en ligne par European Gymnastics ou tout opérateur privé dans les conditions prévues par le règlement fédéral.
 - o les stages et séjours à vocation sportive ou de loisirs.
 - o les déplacements directs (domicile/club) nécessités par une rencontre, un entraînement, une compétition, une réunion.
 - o l'organisation de congrès, conférences, réunions, séminaires, cours de juges, formations de dirigeants, de cadres et de gymnastes.
 - o les activités extra sportives telles que fêtes, bals, repas, sorties, manifestations diverses, organisées par la FF Gym et/ou ses organismes déconcentrés ou structures labellisées et/ou les associations affiliées.
 - o les actions de promotion, notamment démonstrations, exhibitions, défilés, soirées de gala, journées portes ouvertes, stages de découverte organisés, par la FF Gym et/ou ses organismes déconcentrés ou structures labellisées et/ou les associations affiliées.
 - o la participation aux défilés sportifs et/ou folkloriques organisés par une collectivité de droit privé ou de droit public.
 - o les séances d'essai ou les journées portes ouvertes ou manifestations promotionnelles des activités garanties, organisées et/ou encadrées par la FF Gym, les Comités Régionaux, les Comités Départementaux, les structures labellisées et associations affiliées.

Toutes les activités listées ci-dessus sont couvertes dès lors qu'elles sont réalisées sous le contrôle de la FF Gym et/ou ses organes déconcentrés et/ou ses Clubs affiliés et/ou ses structures labellisées.

1.3 TERRITORIALITE

Les garanties sont accordées dans le monde entier à l'exception des pays sous Sanctions Internationales



2 DEFINITIONS

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

Assurés

Les dirigeants statutaires ⁽¹⁾	s'ils sont titulaires d'une licence FF Gym en cours de validité et n'ayant pas renoncé au bénéfice de la garantie Individuelle Accidents & Assistance (Garantie de base) et /ou ayant adhéré à une garantie complémentaire
Les encadrants, les cadres techniques (administratifs ou sportifs, préposés ou bénévoles) de la FF Gym et engagées par les personnes morales assurées en Responsabilité Civile	
Les préposés, rémunérés ou non de la FF Gym	
Les personnes prêtant bénévolement leur concours à un Assuré dans le cadre des activités garanties de la FF Gym	
Les licenciés de la FF Gym, y compris les licenciés des sections BabyGym (15 mois – 6 ans)	
Les Sportifs Espoir et les Sportifs de Haut Niveau de la FF Gym	
Les membres de l'European Gymnastics dans le cadre de leurs missions pour le compte de l'UEG	
Les membres de la World Gymnastics dans le cadre de leurs missions pour le compte de la World Gymnastics	
Les membres de la Confédération Méditerranéenne de Gymnastique dans le cadre de leurs missions pour le compte de la Confédération Méditerranéenne de Gymnastique	sous réserve de déclaration préalable et paiement d'une cotisation forfaitaire
Les participants non licenciés dans le cadre des séances d'essai ou des journées portes ouvertes ou manifestations promotionnelles des activités garanties, organisées et/ou encadrées par la FF Gym, les Comités Régionaux, les Comités Départementaux, les structures labellisées et associations affiliées	

⁽¹⁾ Sont considérés comme dirigeants les membres élus du Comité Directeur de la FF Gym, des comités régionaux et comités départementaux, des pôles, ainsi que des associations régulièrement affiliées à la FF Gym. Sont également considérés comme dirigeants au sens de ce contrat d'assurance les cadres techniques d'Etat placés auprès de la FF Gym ou des organes déconcentrés par le Ministère chargé des Sports, les membres des Commissions de la FF Gym, les juges nationaux et internationaux.

Atteinte corporelle grave

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

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

**Autorité médicale**

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

Domicile

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

Déplacement

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

Enceinte sportive réservée

Lieu de pratique sécurisé dans un espace délimité spécialement aménagé de manière permanente ou temporaire, circonscrit à la pratique sportive du Parkour et ouverte aux seuls Licenciés et/ou aux participants visés au contrat.

Equipe médicale

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

Etranger

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

Force Majeure

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

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

France

France métropolitaine, Principauté de Monaco et Départements d'Outre-Mer, y compris la Nouvelle Calédonie.

Franchise

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

Hospitalisation

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

Immobilisation au Domicile

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

**Membre de la famille**

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

Proche

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

Soins dentaires d'urgence

Il s'agit soins dentaires suivants : pansement, obturation, dévitalisation ou extraction.



TABLEAU DES GARANTIES D'ASSISTANCE

NATURE DES GARANTIES	LIMITES DES GARANTIES	FRANCHISES par sinistre
Rapatriement médical	Frais réels	Néant
Rapatriement en cas de décès	Frais de transport illimités - Frais de cercueil : max. 763 € TTC par assuré	Néant
Présence d'un proche en cas de décès	Billet A/R + Frais de séjour 80 € TTC par jour / max. 7 jours	Néant
Retour des bénéficiaires accompagnants l'Assuré	Billet Retour	Néant
Païement des honoraires d'avocat à l'étranger	Max. 1.524 € TTC par Evènement	Néant
Retour anticipé	Billet Retour max. 8 jours à compter de la date d'Hospitalisation ou de Décès	Néant
Frais médicaux à l'étranger	Frais médicaux max. 152 000 € par assuré et par évènement Frais dentaires d'urgence max. 300 € par assuré	Franchise 50 € TTC hors cas d'Hospitalisation Franchise 160 € TTC
Assistance Psychologique	Prise en charge de 3 entretiens téléphoniques et 12 heures d'entretien en face à face	Néant
Frais de recherche et de secours	Max. 5000 € par assuré Frais limités à Max. 60 heures de recherche par Evènement	Néant
Formalités liées au Décès	Conseils	Néant
Chauffeur de remplacement	Prise en charge d'un chauffeur	Néant
Transmission des messages urgents	Organisation de services	Néant
Aide-ménagère	Max. 15h d'aide-ménagère dans les 15 jours suite rapatriement	Néant
Soutien pédagogique des enfants de moins de 18 ans	Max. 7h par semaine pour une durée de 2 mois suite rapatriement en cas de déscolarisation de l'Assuré pendant plus de 15 jours consécutifs	Néant



3 PRESENTATION DES GARANTIES

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

3.1 Rapatriement médical

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.2 Rapatriement du corps en cas de décès

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

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

Les frais de cercueil liés au transport sont en pris en charge **à hauteur de 763 euros TTC par Assuré.**



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

3.3 Présence d'un proche en cas de décès

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

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

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

AXA organise son hébergement sur place et prend en charge ses frais d'hôtel (chambre et petit déjeuner exclusivement) **pour une durée de sept (7) nuits consécutives maximum à concurrence de 80 euros TTC par nuit.**

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

3.4 Retour des bénéficiaires accompagnants l'Assuré

Dans le cadre du rapatriement médical ou de corps de l'Assuré, AXA met à disposition un titre de transport retour **en avion classe économique ou en train 1ère classe.**

3.5 Paiement des honoraires d'avocat à l'étranger

Si l'Assuré fait l'objet de poursuites judiciaires à la suite d'une infraction non intentionnelle à la législation locale survenue hors de son pays de Domicile et intervenue au cours de la vie privée, c'est-à-dire pour des faits sans relation avec l'exercice d'une activité professionnelle, **AXA prend en charge les honoraires d'avocat dans la limite de 1524 euros TTC par Assuré.**

3.6 Retour anticipé

Si la présence de l'Assuré est requise à la suite du décès dans son pays de Domicile d'un Membre de sa famille, AXA organise et prend en charge le trajet aller de l'Assuré étant entendu que le trajet aller doit se faire **dans un délai de huit (8) jours à compter de la date d'Hospitalisation ou de décès.**

3.7 Prise en charge des frais médicaux à l'étranger

La garantie ci-après est acquise uniquement lorsque l'Assuré est affilié à une caisse d'assurance maladie et / ou tout autre régime de prévoyance individuelle ou collective le garantissant pour le remboursement des frais médicaux et d'Hospitalisation.



3.7.1 Objet de la garantie

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

Dans le cas où ces organismes payeurs ne prendraient pas en charge les frais médicaux et / ou d'Hospitalisation engagés, l'Assisteur rembourse à l'Assuré ces frais dans la limite du plafond garanti à condition que lui soit communiqué :

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

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

3.7.2 Conditions et montant de la garantie

Cette garantie est acquise exclusivement aux conditions suivantes :

- La garantie ne s'applique qu'aux frais consécutifs à une Atteinte corporelle grave, survenue et constatée à l'Etranger.
- La garantie ne s'applique qu'aux frais prescrits par une autorité médicale et engagés à l'Etranger pendant la période de validité de la souscription.
- La garantie ne s'applique qu'aux frais ayant fait l'objet d'un accord des services de l'Assisteur matérialisé par la communication d'un numéro de dossier à l'Assuré ou à toute personne agissant en son nom, dès lors que le bien-fondé de la demande est constaté.
- En cas d'Hospitalisation, sauf cas de force majeure, l'Assisteur doit être avisée de l'Hospitalisation dans les 24 heures suivant la date mentionnée au certificat d'Hospitalisation.
- L'Assuré doit accepter tout changement de centre hospitalier préconisé par les services de l'Assisteur.
- Dans tous les cas, le médecin missionné par l'Assisteur doit pouvoir rendre visite à l'Assuré et avoir libre accès à son dossier médical, dans le respect le plus strict des règles déontologiques.
- La garantie cesse automatiquement à la date où l'Assisteur procède au rapatriement de l'Assuré.

**La prise en charge d'AXA se fait à concurrence de 152.000 euros TTC par Assuré et événement.
Hors cas d'Hospitalisation, une franchise de 50 euros TTC par dossier est appliquée.**



Pour les Soins dentaires d'urgence, la prise en charge d'AXA se fait à concurrence de 300 euros TTC par Assuré, avec application d'une franchise de 160 euros TTC.

L'Assisteur n'intervient qu'en complément des prestations de la caisse d'assurance maladie et / ou de tout autre régime de prévoyance individuelle ou collective dont l'Assuré bénéficie par ailleurs.

3.7.3 Modalités d'application

L'Assuré doit adresser à l'Assisteur les informations et les pièces suivantes :

- la nature, les circonstances, la date et le lieu de survenance de l'Atteinte corporelle grave ayant nécessité le règlement de frais médicaux sur place ;
- une copie des ordonnances délivrées ;
- une copie des factures de toutes les dépenses médicales engagées ;
- les bordereaux et/ou décomptes originaux de remboursement de tout organisme payeur concerné ;
- en cas d'accident, les nom et adresse de l'auteur responsable et, si possible des témoins en indiquant si un procès-verbal ou un constat a été établi par les agents de l'autorité ;
- d'une manière générale, toutes pièces de nature à permettre une exacte appréciation des frais réels restant à sa charge ;
- en outre, l'Assuré doit joindre sous pli confidentiel à l'attention du Directeur Médical de l'Assisteur, le certificat médical initial précisant la nature de l'accident ou de la maladie et tout autre certificat que l'Assisteur pourrait demander.

A défaut de fournir toutes ces pièces, l'Assisteur ne pourra procéder au remboursement.

3.7.4 Exclusions spécifiques à l'assurance des frais médicaux à l'Etranger

Les exclusions communes à toutes les garanties et les exclusions spécifiques à l'assistance médicale sont applicables.

En outre ne pourront donner lieu ni à avance, ni à remboursement, ni à prise en charge, les frais :

- × engagés dans le pays de Domicile de l'Assuré ;
- × de vaccination ;
- × de prothèse, d'appareillage, de lunettes et de verres de contact ;
- × de traitements et d'interventions chirurgicales de caractère esthétique non consécutifs à un accident ;
- × de cures, séjours en maison de repos et de rééducation ;
- × de caisson hyperbare sauf stipulation contraire.

3.7.5 Avance des frais d'Hospitalisation à l'Etranger

En cas d'Hospitalisation, et à la demande de l'Assuré, l'Assisteur peut procéder à l'avance pour le compte de l'Assuré dans la limite des montants prévus au titre de la présente garantie contre remise d'une « déclaration de frais d'Hospitalisation » engageant l'Assuré sur les démarches à suivre. Afin de préserver ses droits ultérieurs, l'Assisteur se réserve le droit de demander à l'Assuré ou à ses ayants droit soit une empreinte de sa (leur) carte bancaire, soit un chèque de caution.



A compter de la réception des factures de frais médicaux envoyés par les services de l'Assisteur, l'Assuré s'engage alors à effectuer ces démarches auprès de ses organismes de prévoyance sous quinze (15) jours. Sans réponse de la part de l'Assuré dans un délai de trois (3) mois, l'Assisteur sera en droit d'exiger le remboursement des sommes avancées pour son compte majorées, en outre, des frais et intérêts légaux.

3.7.6 Conseil aux voyageurs

Si l'Assuré dépend du régime de la Sécurité Sociale, l'Assisteur lui conseille de se munir de la Carte Européenne d'Assurance Maladie ou du formulaire E101 disponibles aux centres de Sécurité Sociale, pour pouvoir bénéficier des prestations de la Sécurité Sociale lors d'un Voyage dans un pays de l'Union Européenne.

Cette garantie n'est pas cumulable avec la garantie « Avance des frais médicaux à l'Etranger ».

3.8 Assistance psychologique

En cas d'Accident survenu lors d'un événement organisé par la Fédération Française de Gymnastique, AXA peut, en France, mettre l'Assuré en relation avec un psychologue clinicien.

AXA peut aussi organiser et prendre en **charge trois (3) entretiens téléphoniques et douze (12) heures d'entretien en face à face** avec un psychologue clinicien dans un délai de six (6) mois à compter de la survenance de l'Accident.

La demande d'assistance psychologique doit être formulée dans un délai de trois (3) mois à compter de la date de survenance de l'Accident. Au-delà de ces 3 consultations, AXA pourra communiquer à l'Assuré les coordonnées de psychologues à proximité de son Domicile. Ces frais restent à la charge de l'Assuré.

3.9 Frais de recherche ou de secours

L'Assuré est garanti pour le remboursement des frais de recherche et de secours nécessités par une intervention, sur un domaine privé ou public, d'équipes appartenant à des sociétés dûment agréées et dotées de tous moyens, y compris l'usage d'un hélicoptère, afin de le localiser et de l'évacuer jusqu'au centre d'accueil adapté le plus proche.

La garantie intervient en complément ou après épuisement de toute garantie similaire dont l'Assuré peut bénéficier par ailleurs.

Règlement des frais de recherche et de secours directement

AXA Assistance peut procéder au règlement direct de ces frais pour le compte de l'Assuré auprès des organismes de secours dans la limite des plafonds indiqués au Tableau des garanties.

Le montant de la garantie par Assuré est limité au plafond indiqué au Tableau des garanties. Dans tous les cas les frais de recherches sont limités à soixante (60) heures par événement.



L'Assuré ou toute personne agissant en son nom doit aviser AXA dans les 5 jours ouvrables suivant la date de fin de son Voyage en se conformant à la procédure de déclaration telle que décrite à l'Article

La déclaration doit comporter les informations suivantes :

les nom, prénom et adresse de l'Assuré ;

numéro de Contrat ;

la date, les causes et les circonstances du sinistre ;

les pièces originales justificatives.

Exclusions spécifiques à la garantie d'assurance frais de recherche et de secours

Les exclusions communes à toutes les garanties et les exclusions spécifiques à l'assistance médicale sont applicables.

**En outre ne pourront donner lieu ni à avance, ni à remboursement, ni à prise en charge :
les frais de recherche et de secours résultant de l'inobservation des règles de prudence édictées par les exploitants du site et / ou des dispositions réglementaires régissant l'activité pratiquée par l'Assuré ;**

les frais de recherche et de secours engendrés par la pratique d'un sport professionnel, la participation à une expédition ou une compétition.

3.10 Formalités liées au Décès

En cas de décès d'un Assuré, AXA met à disposition de son conjoint également bénéficiaire un service d'information téléphonique accessible de 8h00 à 20h30 et 7 jours sur 7 sur les démarches administratives à suivre et le met en relation avec un conseiller spécialisé.

3.11 Chauffeur de remplacement

En cas de rapatriement de l'Assuré, si personne sur place n'est en capacité de conduire le véhicule, AXA organise et prend en charge la mise à disposition d'un chauffeur de remplacement afin de ramener le véhicule au Domicile de l'Assuré par l'itinéraire le plus direct.

Cette garantie est acquise si les conditions suivantes sont remplies :

- l'Assuré conduisait le véhicule pendant le Déplacement en tant que propriétaire ou utilisateur autorisé dudit véhicule ;
- une délégation écrite de conduite ainsi que tous les documents administratifs du véhicule (carte grise, attestation d'assurance en cours de validité) doivent être remis au chauffeur.

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

- avoir moins de 5 ans ;
- être conforme aux règles des codes de la route nationaux ou internationaux ;



- remplir les normes du contrôle technique obligatoire.

Les frais de péage, de stationnement, de carburant, de traversée de bateau ne sont pas pris en charge.

3.12 Transmission des messages urgents

Si l'Assuré est dans l'impossibilité matérielle de transmettre un message urgent, sur sa demande, AXA Assistance se charge de transmettre gratuitement, par les moyens les plus rapides, tout message qu'il souhaite faire parvenir aux Membres de sa famille, ses Proches ou son employeur. AXA Assistance peut également servir d'intermédiaire en sens inverse.

Les messages restent sous la responsabilité de l'Assuré et n'engagent que lui, AXA ne joue que le rôle d'intermédiaire pour leur transmission.

3.13 Aide-ménagère

Lorsque l'Assuré a été rapatrié par AXA dans le cadre de la garantie « Rapatriement médical » si l'Assuré se retrouve seul à son Domicile en France, AXA recherche et prend en charge les services d'une aide-ménagère à Domicile pendant la durée de son Immobilisation.

L'aide-ménagère aura en charge l'accomplissement des tâches quotidiennes.

AXA prend en charge quinze (15) heures maximum dans les quinze (15) jours suivant la date du retour au Domicile avec un minimum de 2 heures consécutives par jour.

En aucun cas la prise en charge d'AXA ne peut excéder la durée de l'Immobilisation au Domicile de l'Assuré.

Seule AXA est habilitée à fixer la durée de présence de l'aide-ménagère après bilan médical.

La garantie s'applique uniquement :

Lorsque le Domicile de l'Assuré est situé en France,

La demande est formulée dans les 5 jours suivant le retour de l'Assuré à son Domicile.

3.14 Soutien pédagogique des enfants de moins de 18 ans

Lorsque l'Assuré a été rapatrié par AXA dans le cadre de la garantie « Rapatriement médical » et n'a pas pu être scolarisé pendant plus de quinze (15) jours consécutifs, AXA recherche et prend en charge les services d'un répétiteur afin de dispenser à l'Assuré des cours dans les matières principales (français, mathématiques, histoire, géographie, physique, biologie, langues vivantes) dans la limite de 7 heures par semaine et pour une durée maximale de 2 mois.



4 EXCLUSIONS SPECIFIQUES POUR L'ASSISTANCE MEDICALE

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

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

5 EXCLUSIONS COMMUNES A TOUTES LES GARANTIES

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

✗ Ne donnent lieu ni à prise en charge, ni remboursement :

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



6 Protection des Données Personnelles

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

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

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

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

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



Délégué à la Protection des données AXA Assistance

8-10, rue Paul Vaillant Couturier 92240 Malakoff

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

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

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

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

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

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

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



N° IDU: FR232655_03PSOH