



NOTICE D'INFORMATION ASSURANCE DES ATHLETES DE HAUT NIVEAU

Résumé du contrat MAIF n°422 87 19N – saison 2018/2022

Selon les termes de l'article L. 321-4-1 du code du sport, la F.F.T.A a souscrit une police d'assurance INDIVIDUELLE ACCIDENT au bénéfice de ses licenciés inscrits sur la liste des sportifs de haut niveau mentionnée au premier alinéa de l'article L. 221-2 du code du sport.

La présente notice a pour objet de vous en présenter les détails, notamment l'étendue et les montants couverts.

ATTENTION : Le contrat d'assurance souscrit par la FFTA est un socle commun applicable à tous les sportifs de haut niveau. Les garanties accordées par ce contrat ne permettent pas, dans tous les cas, d'obtenir la réparation intégrale du préjudice. Le sportif de haut niveau est invité à se rapprocher de son conseil en assurances qui pourra lui proposer, le cas échéant, des garanties adaptées à sa situation personnelle.

La FFTA rappelle également au sportif de haut niveau qu'il peut souscrire individuellement à l'option complémentaire facultative dont les détails peuvent être trouvés ci-dessous et sur le site internet de la F.F.T.A. : www.ffta.fr - rubrique <<adhésion et assurance>>.

Assureur : MAIF, société d'assurance mutuelle à cotisation variables, CS 90000- 79038 Niort cedex 9.

Contrat souscrit par l'intermédiaire d'aiac courtage société de courtage d'assurance selon le b) de l'article L.520-1 du Code des assurances - SA au capital de 306 000€ - SIREN 784 199 291 – RCS Paris - N° ORIAS 07 005 935 – www.oriass.fr -Service réclamations AIAC, 14 rue de Clichy 75009 Paris – reclamation@aiac.fr - Soumis au contrôle de l'ACPR, 61 rue Taitbout 75009 Paris

ETENDUE : Les garanties de ce contrat d'assurance couvrent les dommages corporels auxquels votre pratique du tir à l'arc de haut niveau peut vous exposer, dans le cadre de compétition ou d'entraînement, y compris trajet pour s'y rendre.

ACCIDENT COUVERT : Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de la victime, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure. Sont également couvertes les luxations, ruptures tendineuses ou musculaires, et en général toute blessure qui serait la conséquence directe de l'activité sportive de haut niveau.

OBJET DE LA GARANTIE : Dans le cas où l'assuré serait victime d'un accident corporel tel que défini ci-dessus, au cours des activités garanties, l'assureur garantit les prestations pécuniaires ci-après (même en cas de déplacement aérien) :

- Décès : Le versement d'un capital en cas de décès survenant dans les 24 mois consécutifs à la date de l'accident. Le capital fixé au tableau ci-dessous est payable au conjoint de la victime ou, à défaut, à ses héritiers proprement dits et, à défaut, aux autres ayants droits de l'assuré sans que le paiement soit divisible à l'égard de l'assureur.
- Déficit Fonctionnel Permanent : Le versement d'un capital en cas de Déficit Fonctionnel Permanent, totale ou partielle. L'assureur verse le capital prévu aux Conditions Particulières, sur la base du barème contractuel défini ci-dessus. Le montant de l'indemnité est déterminé par l'application du taux d'infirmité au capital maximum garanti, diminué du montant exprimé en pourcentage de la franchise.
- Le remboursement des "frais de traitement" énumérés ci-après :
 - Les frais de médecine générale ou spéciale, les frais d'intervention chirurgicale et de salle d'opération, les frais de rééducation fonctionnelle ou professionnelle,
 - Les frais de première acquisition de toutes prothèses et tout appareillage,
 - Les frais de pharmacie engagés sur prescription médicale, 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,
 - Les frais d'analyses et d'examens de laboratoire,
 - Les frais de séjour dans les établissements de soins publics et privés,
 - Les frais de séjour dans un centre de rééducation spécialisé en traumatologie du sport, prescrit par une entité médicale compétente à la suite d'un dommage corporel garanti par le présent contrat ; ainsi que les frais supplémentaires consécutifs à ce dommage (notamment les frais d'hébergement, sous réserve de la présentation du refus d'intervention des organismes sociaux du licencié blessé) ; sont également garantis les frais de remise à niveau psychologique de l'assuré auteur de ce dommage corporel,
 - Les frais de transport de l'Assuré accidenté jusqu'au lieu où il pourra recevoir les premiers soins d'urgence que nécessite son état et les frais de transport de l'Assuré décédé jusqu'au lieu de son inhumation,
 - Les frais de transport pour se rendre aux soins prescrits par certificat médical et non pris en charge par la Sécurité Sociale,
 - Le remboursement en cas de bris de lunettes d'un forfait optique ou lentille atteignant un membre licencié lors d'un accident survenu au cours des activités sportives,
 - Le remboursement des frais dentaires, de prothèse dentaire, et de prothèses auditives,
 - Les frais de location de canne anglaise, de béquilles et de fauteuil roulant, ainsi que les achats de bandages, plâtres, attelles non pris en charge par la Sécurité Sociale, sont remboursés sur justificatif,

La présente notice n'est pas un contrat d'assurance. Elle résume les dispositions personnelles et générales des contrats souscrits par la F.F.T.A., et ne peut engager la Fédération et ses assureurs au-delà des termes et conditions des contrats d'assurance auxquels elle se réfère.

Les contrats d'assurance sont à votre disposition au siège de la Fédération, Immeuble Le Pavé Neuf - 12 place Georges Pompidou 93160 Noisy le Grand.



NOTICE D'INFORMATION ASSURANCE DES ATHLETES DE HAUT NIVEAU

Résumé du contrat MAIF n°422 87 19N – saison 2018/2022

- Le remboursement des frais médicaux et d'hospitalisation non honorés avant leur départ par des joueurs et dirigeants étrangers à l'occasion d'un séjour en France pour des rencontres internationales amicales ou officielles.

L'assureur rembourse les frais de traitement garantis à concurrence, par victime, du capital fixé au tableau ci-dessous. Si l'assuré perçoit des prestations au titre de régimes de protection sociale (Sécurité Sociale et/ou tout organisme complémentaire), l'assureur ne rembourse que la différence entre les dépenses réellement engagées et dûment justifiées et les prestations servies par ce régime de protection.

- Frais de remise à niveau scolaire : Le versement de Frais de remise à niveau scolaire : pour le licencié victime d'un accident entraînant une interruption de sa scolarité constatée médicalement, il sera remboursé, sur présentation de justificatifs, les frais de remise à niveau scolaire et universitaire (notamment les cours à domicile) engagés par le licencié et ce suivant les montants de garantie fixés dans le tableau « montant des garantis ».
- Indemnités journalières : Le versement d'Indemnités journalières en cas de perte de salaire, de prime ou de tout manque à gagner, ainsi que les frais supplémentaires consécutifs à l'accident et non pris en charge au titre de la couverture « frais de traitement ». Ces indemnités complètent celles éventuellement versées par tout autre organisme (tels que la Sécurité Sociale et Assurances complémentaires) et sont plafonnées au montant de la plus basse des deux limites indiquées ci-dessous :
 - le plafond de garantie indiqué aux tableaux ci-dessous,
 - le revenu journalier calculé à partir du revenu réel tel qu'il figure sur le dernier avis d'imposition du bénéficiaire.
- Une couverture Assistance rapatriement comprenant:
 - le rapatriement ou transport sanitaire en cas de maladie ou d'accident: L'assisteuse se charge de l'organisation du transfert ou du rapatriement, de la réservation d'un lit auprès du service hospitalier choisi, de l'accueil à l'arrivée, de l'envoi sur place, si nécessaire, d'un médecin habilité pour évaluer l'état du bénéficiaire en collaboration avec le médecin traitant et organiser son rapatriement sanitaire éventuel,
 - une avance sur frais d'hospitalisation d'un montant maximum de 76.000€ TTC.
 - la présence auprès de l'assuré hospitalisé : En cas d'hospitalisation de plus de 10 jours à l'étranger, l'assisteuse prend en charge un billet aller/retour de train 1er classe ou d'avion classe économique pour un proche se rendant au chevet du bénéficiaire. Le séjour à l'hôtel de cette personne est également pris en charge à concurrence de 80€ TTC par nuit avec un maximum de 7 nuits.
 - Les Frais médicaux à l'étranger : L'assisteuse rembourse la partie des frais médicaux non pris en charge par la sécurité sociale et/ou tout autre organisme de prévoyance, déduction faite d'une franchise de 31 EURO HT par dossier et ce à concurrence de 76.000€ TTC.
 - Rapatriement ou transport du corps en cas de décès: L'assisteuse organise et prend en charge le transport du corps, jusqu'au lieu d'inhumation en France Métropolitaine (y compris Monaco), les frais de cercueil à hauteur de 2.300 € TTC. Toutefois, les frais funéraires ne sont pas pris en charge. Le choix des sociétés intervenant dans le processus de transport est du ressort exclusif de l'assisteuse.

Les prestations liées à l'assistance sont réalisées par MAIF Assistance, Contrat 422 87 19N.

Pour mettre en œuvre les prestations, MAIF ASSISTANCE est joignable 7j/7, 24h/24

- si vous êtes en France au 0800 875 875,
- si vous êtes à l'étranger au +33 5 49 77 47 78..

ACCIDENT SPORTIF GRAVE :

Accident survenu à l'occasion de la pratique du tir à l'arc (hors trajet et accident de transport), à l'occasion d'une compétition ou d'un entraînement, et qui entraîne un Déficit Fonctionnel Permanent de plus de 60 % à 100 %. L'assureur garantit dans ce cadre le règlement d'une indemnité compensatrice du préjudice subi par l'Assuré dans les conditions suivantes : cette indemnité est évaluée selon les règles du droit commun qui tiennent compte de la situation particulière de la victime (tel que : âge, profession) et par référence aux décisions des tribunaux rendues dans des cas similaires à celui de la victime.

Les postes pris en charge par l'Assureur, dès lors qu'ils ont été médicalement reconnus, sont les suivants :

- les frais de soins, en complément des prestations fournies par les régimes sociaux obligatoires et s'il y a lieu des régimes de prévoyances conventionnels : il s'agit des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation et de rééducation, ainsi que des frais de lunettes et de prothèses dentaires qui sont exposés, jusqu'à la date de consolidation,
- les frais de transport sont garantis dans les conditions indiquées, lorsqu'il s'agit d'un transport de secours intervenant immédiatement après l'accident, ou d'un transport rendu nécessaire par l'état de l'Assuré.
- le Déficit Fonctionnel Permanent Partiel ou Total résultant des lésions corporelles, qui subsiste après consolidation,

La présente notice n'est pas un contrat d'assurance. Elle résume les dispositions personnelles et générales des contrats souscrits par la F.F.T.A., et ne peut engager la Fédération et ses assureurs au-delà des termes et conditions des contrats d'assurance auxquels elle se réfère.

Les contrats d'assurance sont à votre disposition au siège de la Fédération, Immeuble Le Pavé Neuf - 12 place Georges Pompidou 93160 Noisy le Grand.



NOTICE D'INFORMATION ASSURANCE DES ATHLETES DE HAUT NIVEAU

Résumé du contrat MAIF n°422 87 19N – saison 2018/2022

- les frais d'assistance par une tierce personne médicalement reconnus nécessaires à l'état de l'Assuré,
- les frais d'aménagement du domicile et/ou du véhicule nécessités par l'état de l'Assuré,
- la perte de revenus subie par l'Assuré du fait de l'arrêt de son activité professionnelle rémunérée, jusqu'à sa consolidation,
- la perte de revenus subie par l'Assuré du fait de son impossibilité à exercer une quelconque activité rémunérée, en raison des séquelles constatées,
- les frais futurs, c'est-à-dire, les dépenses - après consolidation - pour des soins médicaux certains, prévisibles et répétitifs rendus nécessaires par l'intensité et l'importance de l'état pathologique de la victime.

Du montant ainsi déterminé sont déduites les sommes dues ou versées du fait de l'accident par :

- les régimes sociaux obligatoires et les régimes conventionnels,
- les tiers tenus à indemnisation, dès lors que ces sommes présentent un caractère indemnitaire et sont dues ou versées au titre des postes de préjudice indiqués ci-dessus.

Le solde obtenu correspond à l'indemnité compensatrice du préjudice tous postes confondus, qui est limitée, selon la tranche de taux de Déficit Fonctionnel Permanent correspondant.

Ces montants ne constituant pas des capitaux forfaitaires.

EVALUATION MEDICALE DU DOMMAGE CORPOREL : Le dommage corporel est déterminé par l'expert médical de l'Assureur, d'après le barème indicatif des déficits fonctionnels séquellaires en droit commun diffusé dans la revue le « Concours Médical » (dernière édition parue à la date de l'expertise médicale).

AGGRAVATION : En cas d'aggravation de l'état de la victime en relation directe et certaine avec l'accident, survenant dans les 24 mois qui suivent la consolidation, l'Assureur peut lui verser une indemnité complémentaire si l'aggravation entraîne une augmentation du taux du Déficit Fonctionnel Permanent constatée par le médecin de l'Assureur. L'indemnité sera alors calculée par différence entre la nouvelle évaluation du préjudice et l'évaluation ayant servi de base à l'indemnisation.

NON CUMUL DE L'INDEMNISATION DES BLESSURES ET DU DECES : En cas de décès des suites d'un accident ayant donné lieu au paiement d'une indemnité pour Déficit Fonctionnel Permanent et, survenant dans les 24 mois à compter du jour de l'accident, l'Assureur verse la différence pouvant exister entre l'indemnité due en cas de décès, et l'indemnité déjà réglée.

Cependant dans le cas où l'indemnité déjà réglée est supérieure à l'indemnité due en cas de décès, aucun remboursement du trop-perçu n'est demandé à l'Assuré.

DEFICIT FONCTIONNEL PERMANENT DE 60 à 100 % : L'Assuré doit remettre à l'Assureur toutes les pièces justificatives nécessaires à l'appréciation de son dommage corporel et notamment :

- un certificat médical de constatation des blessures,
- les éléments établissant la relation de cause à effet entre l'accident et les blessures,
- un certificat médical de consolidation, le moment venu,
- tout document établissant la créance des organismes sociaux et/ou les sommes dues par des tiers.

Le taux de déficit fonctionnel permanent est déterminé par le médecin expert de l'Assureur.

L'indemnité compensatrice du préjudice est réglée à la victime lorsque la consolidation est acquise, que les créances des organismes sociaux sont connues définitivement, et/ou que les sommes dues par des tiers sont liquidées.

Avant la consolidation, des indemnités provisionnelles déductibles de l'indemnité compensatrice, peuvent être réglées à l'Assuré sur présentation de documents justifiant ses débours, dans la mesure où le droit à indemnisation est établi.



NOTICE D'INFORMATION ASSURANCE DES ATHLETES DE HAUT NIVEAU

Résumé du contrat MAIF n°422 87 19N – saison 2018/2022

ACCIDENT A L'ETRANGER : La reconnaissance d'un déficit fonctionnel par l'Assureur ne peut avoir lieu qu'après le retour de l'Assuré en France.

CONSTATATION DU DOMMAGE CORPOREL ET ARBITRAGE : Les causes du déficit fonctionnel permanent, la date de consolidation, le taux de déficit fonctionnel permanent sont déterminés par le médecin expert de l'Assureur. En cas de désaccord, les parties peuvent convenir de faire chacun le choix d'un expert. Les deux experts se réunissent et doivent faire connaître leur opinion aux deux parties par écrit dans un délai de deux mois à compter de leur saisine. Si les deux experts ne peuvent se mettre d'accord sur une solution commune, ils désignent une troisième personne qui complètera leur collège. Dans ce cas, ils doivent faire connaître leur décision, à la majorité des voix, dans un nouveau délai de deux mois. Leur décision ne s'impose pas aux autres parties mais pourra être versée en justice si une procédure est engagée par l'une d'elles. Chaque partie conserve à sa charge les honoraires de l'expert qu'elle a choisi. Les honoraires du troisième expert sont supportés pour moitié par chacune des parties.

MONTANTS DES GANTIES

NATURE DES DOMMAGES	MONTANTS DES GARANTIES ACCORDEES AUX SPORTIFS DE HAUT NIVEAU TITULAIRE D'UNE LICENCE FFTA	OPTION 2 FACULTATIVE A ADHESION PERSONNELLE	FRANCHISE
Décès	< 16 ans : 7 622 € > 16 ans : 62.000 €	> 16 ans : 124 000 €	Néant
Déficit Fonctionnel Permanente	62.000 € x taux déficit fonctionnel	164 000 € x taux déficit fonctionnel	Néant
Déficit Fonctionnel Permanente > ou = à 60% suite à accident sportif	Indemnisation sur la base du droit commun avec un maximum de 1.000.000 €	Indemnisation sur la base du droit commun avec un maximum de 2.000.000 €	Néant
Indemnités journalières et frais supplémentaires	40 € par jour avec un maximum de 365 jours	60 € par jour avec un maximum de 365 jours	10 jours
Frais de traitement / Pharmaceutiques / Chirurgicaux/Médicaux	Complément à 150% du tarif de Convention après intervention Sécurité Sociale, Mutuelles/Autres Assurances		Néant
Dépassement Honoraires Médicaux et Chirurgicaux	Majoration de 100% de la valeur des lettres clés		Néant
Hospitalisation	Prise en charge intégrale du forfait hospitalier		
Centre de Traumatologie Sportive	Maximum 4 500 €, dans la limite des frais réels		Néant
Soins dentaires et prothèses	600 € par dent sans plafond (hors intervention Sécurité Sociale et Autres Mutuelles)		Néant
Optique	600 € par sinistre (hors intervention Sécurité Sociale et Autres Mutuelles)		Néant
Frais de remise à Niveau Scolaire	50 € par licencié et par jour avec un maximum de 365 jours		10 jours
Assistance (Validité Monde Entier) Prestations délivrées par MAIF Assistance Contrat 422 87 19N	<ul style="list-style-type: none"> - Rapatriement ou transport sanitaire à concurrence des frais réels - Présence d'un membre de la famille auprès de l'assuré hospitalisé plus de 10 jours à l'étranger - Frais médicaux à l'étranger : 76.000 €, franchise 31 € <p>MAIF ASSISTANCE est joignable 7j/7, 24h/24</p> <ul style="list-style-type: none"> - si vous êtes en France au 0800 875 875, - si vous êtes à l'étranger au +33 5 49 77 47 78. 		

Date d'effet/ Durée : La garantie incluse dans la licence prend automatiquement effet le 1^{er} septembre de chaque année. L'option complémentaire facultative est acquise de la date de réception par AIAC Courtage du bulletin d'adhésion et du paiement de la prime, jusqu'à la date de fin de validité de la licence FFTA de la saison en cours.



NOTICE D'INFORMATION ASSURANCE DES ATHLETES DE HAUT NIVEAU

Résumé du contrat MAIF n°422 87 19N – saison 2018/2022

Exclusions applicables aux garanties accident corporel :

- le suicide ou la tentative de suicide, ainsi que les accidents corporels que l'assuré provoque intentionnellement.
- les accidents corporels dont les assurés seraient les victimes :
 - du fait de leur participation à un crime ou à un délit intentionnel,
 - en état de délire alcoolique ou d'ivresse manifeste, ou s'il s'avère qu'au moment de l'accident, ils avaient un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux légal en vigueur dans le pays où a eu lieu l'accident.
 - du fait de l'usage de stupéfiants qui ne serait pas prescrits médicalement.
 - du fait des armes ou engins destinés à exploser par modification de structure du noyau de l'atome.
- si la personne assurée perd la vie par le fait intentionnel d'un bénéficiaire, ce dernier est déchu de tout droit sur le capital assuré, qui restera néanmoins payable aux autres bénéficiaires ou ayants droits.
- les frais de séjour et de cure dans les stations balnéaires, thermales et climatiques, en maison de repos ou de convalescence (à l'exception des centres de traumatologie sportive).
- dans le cadre des sports annexes et connexes ainsi que dans les stages, sont exclus les sports à risques suivants : boxe, catch, spéléologie, motonautisme, sports aériens, alpinisme, varappe, hockey sur glace, bobsleigh, skelton, saut à ski.
- la maladie.

Comment adhérer à l'option 2 complémentaire ?

Il vous suffit de remplir le bulletin d'adhésion ci-joint et de l'adresser à AIAC Courtage, 14 rue de Clichy, 75311 Paris cedex 09, accompagné du paiement de la prime correspondante à l'option choisie. **Le paiement s'effectue par chèque bancaire à l'ordre d'AIAC Courtage.**

Dès réception, AIAC vous adressera une attestation d'assurance.

LES COORDONNEES A RETENIR :

POUR TOUTE INFORMATION sur les contrats d'assurance, contactez AIAC Courtage :



N° VERT : 0 800 886 486

Assurance-ffta@aiac.fr

Fax : 01.44.53.28.54

QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE ?

Prenez contact avec votre DTN.

Remplissez le formulaire de déclaration d'accident que vous trouverez sur le guide du dirigeant (consultez votre club), sur le site internet F.F.T.A. (www.ffa.fr), sur l'extranet fédéral (dans l'espace documentaire), et adresser le dans les 5 jours à :

**AIAC Courtage
14 rue de Clichy,
75311 Paris Cedex 09.**



**BULLETIN D'ADHESION AUX OPTIONS COMPLEMENTAIRES
FACULTATIVES « ACCIDENT CORPOREL »**

Contrat MAIF n°422 87 19N

A retourner, accompagné de votre chèque à : **AIAC Courtage, 14 rue de Clichy, 75311 Paris cedex 9.**

Je soussigné(e)

Nom – Prénom : **Date de naissance** :

Adresse :

.....
.....
.....

Club de : **N° de licence** :

Je souhaite bénéficier des garanties du contrat d'assurance « accident corporel ».

Option « 2 » (50 € TTC)

Et vous adresse le chèque correspondant libellé à l'ordre d'AIAC Courtage.

Clause bénéficiaire : en cas de décès de l'assuré, le bénéficiaire est, sauf stipulation contraire adressée par l'assuré au moyen d'une disposition écrite et signée, le conjoint survivant de l'assuré, non séparé de corps, non divorcé, à défaut les enfants légitimes reconnus ou adoptifs de l'assuré, à défaut les héritiers de l'assuré.

Si l'assuré(e) est mineur(e), les bénéficiaires sont les ayants droits légaux.

Nom, prénom et adresse du représentant légal pour un mineur :

.....
.....
.....

Je déclare avoir pris connaissance de la notice d'information du présent contrat.

Seules les demandes d'adhésion dûment complétées, signées et accompagnées du règlement correspondant seront prises en compte par la Compagnie.

Le soussigné peut demander à la compagnie communication et rectification de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à usage de la compagnie, de ses mandataires, réassureurs et des organismes professionnels.

Fait à le

Signature (pour les mineur(e)s : son représentant légal) « lu et approuvé »