



**Résumé des garanties accordées aux licenciés de la Fédération Française de Handball**

**Contrat MMA : N° 114 246 500**



**A quoi sert le contrat ?** Il s'agit d'une assurance multirisque qui couvre :

- \* les accidents corporels (individuelle accident) et l'assistance
- \* la responsabilité Civile des assurés
- \* la responsabilité Civile personnelle des dirigeants et la défense pénale du dirigeant,
- \* les dommages aux véhicules des transporteurs bénévoles (licenciés ou non) et dirigeants, sous certaines conditions.

**Pour quelles activités ?** La pratique et l'enseignement du Handball et de ses activités dérivées, connexes et complémentaires dans le cadre fédéral, les réunions, assemblées, les manifestations culturelles, récréatives, l'administration des structures etc..., ainsi que les déplacements relatifs à ces activités.

**Pour qui ?** Les associations sportives affiliées et sociétés sportives, comités, ligues et fédération et tous les licenciés de la FFHB (sous réserve des garanties spécifiques à chaque catégorie.

**Où ?** Ce contrat produit ses effets dans le monde entier.

**MONTANT DES GARANTIES**

**1/ RESPONSABILITE CIVILE**

	<b>Montants</b>	<b>Franchises</b>
<b>Tous dommages corporels, matériels et immatériels consécutifs ou non</b>	15 000 000 € par sinistre	Néant
<b>dont dommages matériels et immatériels consécutifs</b>	10 000 000 € par sinistre	Néant
<b>dont dommages immatériels non consécutifs</b>	750 000 € par an d'assurance	1 500 € par sinistre
<b>dont atteintes à l'environnement</b>	1 500 000 € par sinistre et par an	750 €
<b>Protection juridique (recours et défense)</b>	30 500 €	Néant

**2/ RESPONSABILITE CIVILE PERSONNELLE DES DIRIGEANTS**

	<b>Montants</b>	<b>Franchises</b>
<b>Pour la Fédération</b>	300 000 € par sinistre et par an	Néant
<b>Pour les autres assurés (ligues, comités, clubs)</b>	150 000 € par sinistre et par an	Néant

**Principales exclusions : Pratique de sports dangereux, amendes, risques soumis à assurances obligatoires, maladies...**

TARIFS ASSURANCE - Garanties de base du 01/07/08 au 30/06/09 (Assistance incluse)

- 3,65 € TTC : Assurance licence + 16 ans, licence corporative, licence loisir.
- 1,45 € TTC : Assurance licence 9 à 16 ans, licences dirigeant et jeune dirigeant.
- 0,20 € TTC : Assurance licence - 9 ans, licence avenir, licence handensemble.
- 0,20 € TTC : Assurance licence événementielle (prise en charge FFHB).

"La non souscription par un licencié au contrat d'assurance collectif souscrit par la FFHB en faveur de ses adhérents doit intervenir lors de l'établissement de la licence dans les conditions prévues par l'article 37 des Règlements Généraux."

ASSURANCES DOMMAGES AUX BIENS ; AUTOMISSION : CONSULTER MMA

**3/ ACCIDENTS CORPORELS**

**Option 3 :** plus spécifiquement réservée aux joueurs sous statut "performance" dont LNH (consulter MMA)

	<b>Garanties de base</b>	<b>Option 1</b>	<b>Option 2</b>	<b>Franchises</b>
<b>Décès</b>	< 16 ans : 7 500 € ≥ 16 ans : 15 000 €	< 16 ans : 7 500 € ≥ 16 ans : 30 000 €	< 16 ans : 7 500 € ≥ 16 ans : 45 000 €	Néant
<b>Invalidité permanente (IPP selon %)</b>	60 000 €	120 000 €	180 000 €	IPP ≥ 5%
<b>Frais de traitement/ pharmaceutiques/ chirurgicaux/médicaux</b>	150% du tarif conventionnel de la sécurité sociale sous déduction des prestations éventuelles d'un régime de prévoyance	200% du tarif conventionnel de la sécurité sociale sous déduction des prestations éventuelles d'un régime de prévoyance	300% du tarif conventionnel de la sécurité sociale sous déduction des prestations éventuelles d'un régime de prévoyance	Néant
<b>Hospitalisation</b>	Prise en charge intégrale du forfait hospitalier			Néant
<b>Soins dentaires et prothèses</b>	300 € par dent * maxi 5 dents	300 € par dent * maxi 5 dents	450 € par dent * maxi 5 dents	Néant
<b>Bris de lunettes Prothèse auditive</b>	250 € * 500 € *	400 € * 1 000 € *	600 € * 1 500 € *	Néant
<b>Frais de rattrapage scolaire</b>	30 € par licencié et par jour avec un maximum de 365 jours			5 jours
<b>Frais de redoublement / reconversion</b>	3 000 €			Néant
<b>Indemnités journalières</b>	NEANT	30 € par jour avec un maximum de 365 jours (perte de salaire justifiée)	60 € par jour avec un maximum de 365 jours (perte de salaire justifiée)	Néant
<b>TARIFS du 01/07/08 au 30/06/09</b>	voir ci-contre	35 €/TTC/An	70 €/TTC/An	

**\* après intervention sécurité sociale et mutuelles**

**RENSEIGNEMENTS :**

MUTUELLES DU MANS ASSURANCES  
10, Boulevard Alexandre Oyon  
72030 Le Mans Cedex  
Tél : 02 43 41 20 08

Contact : M. Besnier André

**ASSISTANCE :**

MMA ASSISTANCE  
Tél : 01 40 25 59 59  
N° Protocole 582469

<b>SAISON</b> 2008 - 2009	N° Ligue	N° Comité	N° Club	Sexe 1 - Masculin 2 - Féminin	N° Adhérent	N° (Réservé Ligue)
Sigle du Club : _____						
NOM du Club : _____						

**FICHE DE RENSEIGNEMENT**

<input type="checkbox"/> M. - <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle	Nom (ou nom de jeune fille) : _____ Nom d'épouse : _____ Prénom : _____ Né(e) le : _____ Pays de naissance : _____ Ville de naissance : _____ N° Dép. de naissance : _____ Nationalité : _____ Adresse : _____ _____ _____ Code Postal : _____ Ville : _____ Pays : _____ Tél. Dom. : _____ Tél. Bureau : _____ Tel. Port. : _____ Télécopie (Fax) : _____ E-mail : _____
---	--

L'adhérent(e) remplit la FICHE DE RENSEIGNEMENT, fait remplir le CERTIFICAT MEDICAL par un médecin et remet ensuite le dossier à son club, qui le valide et le remet à la ligue pour enregistrement.

« Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique. Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données personnelles vous concernant. Si vous souhaitez exercer ce droit, il vous suffit d'écrire au président de la FFHB en fournissant un justificatif d'identité. »

- Cochez cette case si vous ne souhaitez pas que vos coordonnées postales puissent être cédées à des partenaires commerciaux.  
 Cochez cette case si vous souhaitez que votre courriel (e-mail) puisse être cédé à des partenaires commerciaux.

Je soussigné(e), certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus. Je reconnais avoir pris connaissance des conditions du contrat d'assurance souscrit par la FFHB (contrat MMA n° 114 246 500) et de la possibilité de souscrire, à titre individuel, une des trois options complémentaires. Je déclare me soumettre aux règlements en vigueur à la FFHB, à la Ligue et au comité dont je relève. J'atteste également être informé(e) que la FFHB, la ligue et/ou le comité dont je relève peuvent être amenés, dans le strict cadre de la promotion et du développement du handball, à utiliser des photographies prises à l'occasion de manifestations organisées par eux et présentant plus de 3 licenciés identifiables. Si je ne souhaite pas que mon image soit utilisée dans le cadre précisé ci-dessus, je coche cette case .

Signature de l'adhérent(e)

Si mineur : signature des parents ou du représentant légal

**SITUATION ADMINISTRATIVE (à Vérifier et compléter par le Club)**

<input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Création <input type="checkbox"/> Mutation		Mutation : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C		Nom, signature et tampon du club   Date : __/__/__	
Licence demandée	Compétitive :	Joueur <input type="checkbox"/> Vétérane <input type="checkbox"/> Corpo <input type="checkbox"/>	Blanche Joueur <input type="checkbox"/> Blanche Dirigeant <input type="checkbox"/>		Dirigeant <input type="checkbox"/> Jeune Dirigeant <input type="checkbox"/>
	Autre :	Avenir <input type="checkbox"/> Loisir <input type="checkbox"/>	Handensemble <input type="checkbox"/>		

Pour information, indiquer les qualités éventuelles :     Entraîneur -  Arbitre

**ENREGISTREMENT PAR LA LIGUE (Réservé Ligue)**

Cachet de la Poste _____	Date de Qualification ____/____/____	Visa de la ligue : _____
-----------------------------	---	--------------------------

**CERTIFICAT MEDICAL (à faire remplir par un médecin)**

[Ecrire en MAJUSCULE, SVP]

Obligatoire pour les licences « Joueur », « Vétérane », « Corpo », « Blanche Joueur », « Loisir » et « Handensemble ». Facultatif pour la licence « Avenir »

Je soussigné(e), docteur : \_\_\_\_\_

Certifie avoir examiné ce jour     M. -  Mme -  Mlle

Né(e) le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_    Taille : \_\_\_\_ m    Poids : \_\_\_\_\_ Kg

Et n'avoir décelé aucune contre-indication à la pratique du handball en compétition ou en loisir

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_    Signature et Tampon du médecin → \_\_\_\_\_