



ANNEXE 1

Notice d'information valant Conditions Générales du Contrat d'Assurance de Groupe « Individuelle Accidents » souscrit par la FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CYCLISME (FFC)

Cette notice d'information est établie conformément à l'article L141-4 du Code des assurances.

Elle décrit les garanties, les exclusions et les obligations de l'Assuré au titre du contrat d'assurance de groupe « Individuelle Accidents » n° 219 718 755 04 souscrit par la Fédération Française de Cyclisme (FFC) - vélodrome National, 1 rue Laurent Fignon – 78180 MONTIGNY-LE-BRETONNEUX - pour le compte des Assurés désignés ci-dessous auprès d'AXA FRANCE IARD, société anonyme, au capital de 214 799 030 euros, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 722 057 460, entreprise régie par le Code des assurances dont le siège social est situé 313 Terrasses de l'Arche - 92727 NANTERRE CEDEX.

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

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

Le courtier d'assurance intermédiaire à la souscription et à la gestion du contrat d'assurance de groupe « Individuelle Accidents » ci-dessus référencé est le Cabinet MARSH, société de courtage d'assurances immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés sous le numéro 572 174 415 et auprès de l'ORIAS sous le numéro 07 001 037 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 par :

- l'adhésion aux garanties de base du contrat d'assurance de groupe « Individuelle Accidents » au moment de la prise de Licence ;
- le Bulletin Individuel d'Adhésion Facultative aux garanties complémentaires lorsque l'Assuré a souscrit une option.

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.

1. Définitions

Accident

Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'Assuré et provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure et par assimilation les maladies qui seraient la conséquence directe de cet accident.

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 :

- de noyade, d'asphyxie, d'hydrocution, d'électrocution, de la chute de la foudre, d'insolation et de congélation ;
- d'un accident vasculaire cérébral, provoquant le décès au moment de l'activité ou constatée par un médecin sur le lieu de l'épreuve ou de l'entraînement et suivie d'un décès dans les 30 jours ;
- d'une rupture d'anévrisme provoquant le décès au moment de l'activité ou constatée par un médecin sur le lieu de l'épreuve ou de l'entraînement ;
- d'inoculations infectieuses dues aux piqûres d'insectes, aux morsures d'animaux ou à la chute dans l'eau ou dans un liquide infecté ;
- de l'empoisonnement causé par des produits alimentaires ou tous autres produits ingérés par erreur ou par suite de l'action criminelle d'un tiers.

Activités garanties

– Lors de la participation du licencié aux activités et manifestations sportives ou non, organisées par la FFC, ses comités et clubs, y compris pendant le temps aller et retour et lors de la participation aux épreuves ou manifestations sportives ou non, organisées par une fédération affiliée à l'UCI, ainsi qu'à l'occasion de manifestations figurant dans un calendrier mixte résultant d'une convention nationale avec des fédérations affinitaires, et l'ensemble des entraînements individuels.

– Lors de la pratique de la bicyclette dès que cet usage est prévu et/ou permis par la licence. Est exclu l'usage professionnel et utilitaire de la bicyclette.

– Dans l'exercice de sa fonction de dirigeant, entraîneur, éducateur, commissaire-arbitre, chronométreur, juge ou signaleur (art R.53 du Code de la route), pendant la durée de son activité, ainsi que lors des trajets.

– Pour le personnel fédéral, à l'occasion des déplacements effectués pour les besoins de la Fédération, dans le monde entier ; y compris au cours des transports terrestres, maritimes et aériens.

– Lors de la participation du participant occasionnel non-licencié pendant les épreuves et manifestations organisées par la FFC, ses comités régionaux, départementaux, clubs et groupements affiliés ou autorisés par la FFC.

– La participation du bénévole non-licencié à des activités sportives ou non, organisées par la FFC, ses comités régionaux, départementaux, clubs et groupements affiliés ou autorisés par la FFC.

Année d'assurance

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

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

Arrêt de travail

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



Assuré(s)

- Les Titulaires d'une licence FFC de toute nature (telle que Pass Accueil Jeune, Pass Découverte, Pass assistance, Licence Santé ou autre dénomination pouvant être créée, à compter du jour de l'enregistrement de la licence à 0 heure.
- Le personnel fédéral FFC, celui des Comités Régionaux et Départementaux.
- Les personnes qui exercent la fonction d'entraîneur, éducateur, commissaire-arbitre, chronométrateur, juge ou signaleur (article A.331-38 du code du sport), pendant toute la durée de leur activité y compris le temps du trajet aller et retour.
- Les Sportifs de Haut Niveau de la Fédération Française de Cyclisme, inscrits sur la liste du Ministère des Sports.
- Les participants occasionnels non-licenciés ou les bénévoles non-licenciés.

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 Accidents du Travail tel que prévu au Code de la Sécurité Sociale.

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 parts égales** :

- d'une part, à son conjoint non divorcé ou séparé de corps judiciairement, ou à son partenaire avec lequel il est lié par un Pacte civil de solidarité, ou à son concubin notoirement reconnu ;
- d'autre part, à ses enfants nés ou à naître et à ceux de son conjoint s'il en avait la charge ;

À défaut, par ordre prioritaire :

- 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.

Lorsque la présence d'un enfant à charge donne lieu à la majoration du capital, celle-ci lui est versée ou à son représentant légal s'il ne dispose pas de la capacité juridique.

- L'Assuré, pour les autres prestations.

Coma

État caractérisé par la perte des fonctions de relation (conscience, mobilité, sensibilité) avec conservation de la vie végétative (respiration, circulation) déclaré par une Autorité médicale habilitée à exercer ses fonctions en France.

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

Décéance

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 recherche et de secours à la suite d'accident garanti

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

Frais de 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.

Franchise

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

Franchise absolue

L'Assuré ne reçoit aucune indemnité si le sinistre est inférieur ou égal à la franchise. Si le sinistre est supérieur à la franchise, celle-ci sera déduite de l'indemnité.

Franchise relative

L'Assuré ne reçoit aucune indemnité si le sinistre est inférieur ou égal à la franchise. Par contre, il sera indemnisé sans déduction de la franchise, si le sinistre dépasse celle-ci.

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 Cyclisme qui signe le contrat et s'engage à acquitter les cotisations.

Usage utilitaire

Utilisation d'une bicyclette en dehors d'une activité de loisir sportif de cyclisme, pour des déplacements privés, sauf trajet aller-retour dans le cadre des activités garanties telles que définies à l'article 1 de la présente Notice d'information valant Conditions Générales.

Usage professionnel

Utilisation d'une bicyclette pour effectuer des déplacements professionnels et/ou exercer son activité professionnelle, sauf trajet aller-retour dans le cadre des activités garanties telles que définies à l'article 1 de la présente Notice d'information valant Conditions Générales.

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 :

DÉCÈS ACCIDENTEL GARANTI

MONTANTS DES GARANTIES	
LICENCIÉS HORS SPORTIFS DE HAUT NIVEAU	SPORTIFS DE HAUT NIVEAU
15 000 €	20 000 €
- Capital majoré de 5 000 € si l'Assuré est marié, lié par un Pacte Civil de Solidarité ou vivant en concubinage - Capital majoré de 5 000 € par enfant à charge	
FRANCHISE : Néant	

COMA À LA SUITE D'ACCIDENT GARANTI

MONTANTS DES GARANTIES	
LICENCIÉS HORS SPORTIFS DE HAUT NIVEAU	SPORTIFS DE HAUT NIVEAU
10 % du capital décès par semaine de coma, dans la limite de 100% du capital décès (hors majoration)	
FRANCHISE : 10 jours consécutifs	

INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE À LA SUITE D'ACCIDENT GARANTI ⁽¹⁾

MONTANTS DES GARANTIES	
LICENCIÉS HORS SPORTIFS DE HAUT NIVEAU	SPORTIFS DE HAUT NIVEAU
Taux d'invalidité : - compris entre 0% et 9% : pas d'indemnisation - compris entre 10% et 19% : 50 000 € x taux d'IP (indemnisation dès le 1er pourcentage) - compris entre 20% et 34% : 70 000 € x taux d'IP - compris entre 35% et 49% : 100 000 € x taux d'IP - compris entre 50% et 65% : 300 000 € x taux d'IP - compris entre 66% et 100% : 350 000 € x le taux d'IP - compris entre 66% et 100 % (avec nécessité d'une tierce personne) : 500 000 € x taux d'IP	Taux d'invalidité : - compris entre 0% et 9% : pas d'indemnisation - compris entre 10% et 19% : 50 000 € x taux d'IP (indemnisation dès le 1er pourcentage) - compris entre 20% et 34% : 70 000 € x taux d'IP - compris entre 35% et 49% : 100 000 € x taux d'IP - compris entre 50% et 65% : 300 000 € x taux d'IP - compris entre 66% et 100% : 350 000 € x le taux d'IP - compris entre 66% et 100 % (avec nécessité d'une tierce personne) : 1 000 000 € x taux d'IP
FRANCHISE : Relative 9%	

⁽¹⁾ A partir du 68ème anniversaire de l'Assuré, lorsque le taux d'invalidité est supérieur à 49%, le capital est réduit selon les proportions prévues dans le tableau suivant :

67 ans	68 ans	69 ans	70 ans	71 ans	72 ans	73 ans	74 ans	75 ans et +
100%	90%	80%	70%	60%	50%	40%	30%	20%



FRAIS MÉDICAUX ENGAGÉS EN FRANCE MÉTROPOLITAINE UNIQUEMENT ET À LA SUITE D'ACCIDENT GARANTI ⁽²⁾

MONTANTS DES GARANTIES	
LICENCIÉS HORS SPORTIFS DE HAUT NIVEAU	SPORTIFS DE HAUT NIVEAU
Dans la limite de 5 000 € ET DONT : Soins prescrits médicalement non pris en charge par la Sécurité Sociale : dans la limite de 200 € par accident Frais pour les Assurés qui ne bénéficient pas de la Sécurité Sociale : dans la limite de 200 € par accident Soins dentaires et prothèses : dans la limite de 500 € par accident Bris de lunettes ou lentilles correctrices : dans la limite de 200 € par accident	
Frais de premier transport (soit vers le domicile habituel soit vers le service hospitalier approprié le plus proche du domicile en France) : Frais réels dans la limite de 500 € par accident	Frais de premier transport (soit vers le domicile habituel soit vers le service hospitalier approprié le plus proche du domicile en France) : Frais réels dans la limite de 3 000 € par accident
FRANCHISE : Néant	

⁽²⁾ Frais de traitement prescrits par un médecin, soumis ou non à remboursement de la Sécurité sociale, consécutifs à un accident garanti (après déduction des prestations versées par la Sécurité sociale et/ou assurances complémentaires de frais de santé lorsque l'Assuré bénéficie des régimes de protection sociale correspondants).

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

L'adhésion aux garanties complémentaires optionnelles est réservée aux Licenciés bénéficiant des garanties de base (hors Sportifs de Haut Niveau).

Les garanties complémentaires optionnelles viennent en complément des garanties de base.

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

DÉCÈS ACCIDENTEL GARANTI

MONTANTS DES GARANTIES		
Option BRONZE	Option ARGENT ⁽¹⁾	Option OR ⁽²⁾
35 000 €	25 000 €	35 000 €
Franchise : Néant		

INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE À LA SUITE D'ACCIDENT GARANTI

MONTANTS DES GARANTIES		
Option BRONZE	Option ARGENT ⁽¹⁾	Option OR ⁽²⁾
70 000 € x taux d'IP	50 000 € x taux d'IP	70 000 € x taux d'IP
Franchise : Relative 9%		

INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL À LA SUITE D'ACCIDENT GARANTI

MONTANTS DES GARANTIES		
Option BRONZE	Option ARGENT ⁽¹⁾	Option OR ⁽²⁾
Néant	Indemnités journalières : 10 € par jour et au maximum pendant 180 jours En cas d'hospitalisation : Indemnités journalières supplémentaires : 10 € par jour pendant la durée de l'hospitalisation et au maximum pendant 180 jours	Indemnités journalières : 15 € par jour et au maximum pendant 180 jours En cas d'hospitalisation : Indemnités journalières supplémentaires : 10 € par jour pendant la durée de l'hospitalisation et au maximum pendant 180 jours
Franchise : 14 jours d'arrêts (intervention à compter du 15ème jour)		

FRAIS MÉDICAUX ENGAGÉS EN FRANCE MÉTROPOLITAINE UNIQUEMENT ET À LA SUITE D'ACCIDENT GARANTI ⁽³⁾

MONTANTS DES GARANTIES		
Option BRONZE	Option ARGENT ⁽¹⁾	Option OR ⁽²⁾
Néant	+ 1 000 € du plafond de la garantie de base	+ 2 000 € du plafond de la garantie de base
Franchise : Néant		

REMBOURSEMENT AU PRORATA DE LA COTISATION AU CLUB EN CAS D'ARRÊT DE LA PRATIQUE CYCLISTE À LA SUITE D'ACCIDENT GARANTI

MONTANTS DES GARANTIES		
Option BRONZE	Option ARGENT ⁽¹⁾	Option OR ⁽²⁾
Néant	Néant	Dans la limite de 200 €
Franchise : 4 mois d'arrêts		

(1) Option Argent :

L'Assureur verse à l'Assuré un forfait de 10 € par jour pendant tout le temps où, suite à un accident garanti, il est temporairement dans l'incapacité d'exercer son activité professionnelle.
Il perçoit en outre une somme complémentaire de 10 € par jour pendant la durée de l'hospitalisation.
Ces sommes seront versées pendant une durée maximum de 180 jours, à compter du 15ème jour suivant l'accident.

(2) Option Or :

L'Assureur verse à l'Assuré un forfait de 15 € par jour pendant tout le temps où, suite à un accident garanti, il est temporairement dans l'incapacité d'exercer son activité professionnelle.
Il perçoit en outre une somme complémentaire de 10 € par jour pendant la durée de l'hospitalisation.
Ces sommes seront versées pendant une durée maximum de 180 jours, à compter du 15ème jour suivant l'accident.

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



3.3. Tableau des garanties complémentaires pour les participants occasionnels non-licenciés, pour les bénévoles non-licenciés et pour les épreuves de masse (non-licenciés)

3.3.1. Participants occasionnels non-licenciés

DÉCÈS ACCIDENTEL GARANTI

MONTANTS DES GARANTIES	
OPTION 1	OPTION 2
10 000 €	
- Capital majoré de 5 000 € si l'Assuré est marié, lié par un Pacte Civil de Solidarité ou vivant en concubinage - Capital majoré de 5 000 € par enfant à charge	
Franchise : Néant	

INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE À LA SUITE D'ACCIDENT GARANTI

MONTANTS DES GARANTIES	
OPTION 1	OPTION 2
100 000 € x taux d'IP	300 000 € x taux d'IP
Franchise : Relative 9%	

FRAIS MÉDICAUX ENGAGÉS EN FRANCE MÉTROPOLITAINE UNIQUEMENT ET À LA SUITE D'ACCIDENT GARANTI ⁽¹⁾

MONTANTS DES GARANTIES	
OPTION 1	OPTION 2
Frais pharmaceutiques, chirurgicaux, d'hospitalisation, forfait journalier et frais de premier transport (soit vers le domicile habituel soit vers le service hospitalier approprié le plus proche du domicile en France) : 150% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale Soins prescrits médicalement non pris en charge par la Sécurité Sociale : dans la limite de 200 € par accident Frais pour les Assurés qui ne bénéficient pas de la Sécurité Sociale : dans la limite de 200 € par accident Soins et prothèses dentaires : dans la limite de 500 € par accident Bris de lunettes ou lentilles correctrices : dans la limite de 200 € par accident	
Franchise : Néant	

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

3.3.2. Bénévoles non-licenciés

DÉCÈS ACCIDENTEL GARANTI

MONTANTS DES GARANTIES		
OPTION 1	OPTION 2	OPTION PERTE DE REVENUS
10 000 €		
- Capital majoré de 5 000 € si l'Assuré est marié, lié par un Pacte Civil de Solidarité ou vivant en concubinage		
- Capital majoré de 5 000 € par enfant à charge		
Franchise : Néant		

INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE À LA SUITE D'ACCIDENT GARANTI

MONTANTS DES GARANTIES		
OPTION 1	OPTION 2	OPTION PERTE DE REVENUS
100 000 € x taux d'IP	300 000 € x taux d'IP	
Franchise : Relative 9%		

FRAIS MÉDICAUX ENGAGÉS EN FRANCE MÉTROPOLITAINE UNIQUEMENT ET À LA SUITE D'ACCIDENT GARANTI ⁽¹⁾

MONTANTS DES GARANTIES		
OPTION 1	OPTION 2	OPTION PERTE DE REVENUS
Frais pharmaceutiques, chirurgicaux, d'hospitalisation, forfait journalier et frais de premier transport (soit vers le domicile habituel soit vers le service hospitalier approprié le plus proche du domicile en France) : 150% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale Soins prescrits médicalement non pris en charge par la Sécurité Sociale : dans la limite de 200 € par accident Soins prescrits médicalement non pris en charge par la Sécurité Sociale : dans la limite de 200 € par accident Frais pour les Assurés qui ne bénéficient pas de la Sécurité Sociale : dans la limite de 200 € par accident Soins et prothèses dentaires : dans la limite de 500 € par accident Bris de lunettes ou lentilles correctrices : dans la limite de 200 € par accident		
Franchise : Néant		

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



PERTE DE REVENUS (2) Indemnités Journalières en cas de perte de salaire ou de revenus dûment justifiée

MONTANTS DES GARANTIES		
OPTION 1	OPTION 2	OPTION PERTE DE REVENUS
		10 € par jour et au maximum pendant 180 jours
14 jours d'arrêts (intervention à compter du 15ème jour)		

(2) La perte de salaire ou de revenus est la différence entre le revenu net mensuel du dernier avis d'imposition au jour de l'accident et le revenu de remplacement mensuel (indemnités journalières de la sécurité sociale, employeur ou toute prestation d'organisme complémentaire) perçu pendant la période d'incapacité.

3.3.3. Épreuve de masse (300 personnes minimum)

GARANTIES	MONTANTS DES GARANTIES	FRANCHISE
DÉCÈS ACCIDENTEL GARANTI	5 000 €	Néant
INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE À LA SUITE D'ACCIDENT GARANTI	25 000 € x taux d'IP	Relative 9%
FRAIS MÉDICAUX ENGAGÉS EN FRANCE MÉTROPOLITAINE UNIQUEMENT ET À LA SUITE D'ACCIDENT GARANTI ⁽¹⁾	1 500 €	Néant
FRAIS DE RECHERCHE ET DE SECOURS	10 000 €	Néant

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. Coma à la suite d'accident garanti

Lorsqu'un Assuré est victime d'un accident garanti et qu'il est médicalement établi qu'il demeure dans un état de coma au-delà de 10 jours consécutifs, l'Assureur verse à l'Assuré le pourcentage du capital fixé au tableau de garanties à l'article 3 de la présente Notice d'information valant Conditions Générales.

4.3. 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 par le taux d'invalidité du barème Accidents du Travail du Code de la Sécurité Sociale, et tel qu'indiqué au tableau de garanties à l'article 3 de la présente Notice d'information valant Conditions Générales.

A partir du 68ème anniversaire de l'assuré, lorsque le taux d'invalidité est supérieur à 49%, le capital est réduit selon les proportions prévues dans le tableau suivant :

67 ans	68 ans	69 ans	70 ans	71 ans	72 ans	73 ans	74 ans	75 ans et +
100%	90%	80%	70%	60%	50%	40%	30%	20%

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

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

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

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

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

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

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

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

4.3. Frais médicaux à la suite d'accident garanti

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



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

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

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

4.5.1 Indemnités journalières

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

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

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

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

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

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

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

4.5.2. Remboursement proratisé du montant de la cotisation FFC

Si à la suite d'un accident garanti, l'Assuré est atteint d'une incapacité temporaire de travail entraînant une interruption de sa pratique cycliste, et à l'issue d'une période non indemnisée appelée franchise, l'Assureur s'engage à rembourser à l'Assuré, jusqu'à concurrence du montant indiqué au tableau de garanties à l'article 3 de la présente Notice d'information valant Conditions Générales, la cotisation réglée au club affilié à la FFC au *prorata temporis*.

La franchise dont le nombre de mois est indiqué au tableau des 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.

5. Engagement maximum de l'Assureur

L'engagement maximum de l'Assureur ne pourra être supérieur à **10 000 000 €** 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 **10 000 000 € 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 :

- La maladie,
- Les accidents causés ou provoqués intentionnellement par l'Assuré du contrat,
- Les accidents causés par l'usage de stupéfiants et de produits toxiques non ordonnés médicalement,
- Les conséquences d'accident résultant :
 - 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 ;
- Les conséquences d'attentat ou d'acte de terrorisme utilisant directement ou indirectement toute arme ou toute matière radioactive, d'origine chimique ou d'origine bactériologique ou virale ;
- Les accidents résultant 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.
- A 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.
- Les conséquences d'une syncope, d'une crise d'épilepsie, d'une embolie cérébrale ou d'une hémorragie méningée,
- Les accidents résultant de la guerre civile ou étrangère. L'assuré ou l'ayant droit doit prouver que le sinistre résulte d'un fait autre que le fait de guerre étrangère. Il appartient à l'assureur de prouver que le sinistre résulte de la guerre civile,
- Les accidents résultant de la pratique d'un sport à titre professionnel autre que le cyclisme,
- Les accidents résultant de l'usage professionnel d'une bicyclette. Cette exclusion n'est pas applicable aux sportifs



professionnels lorsqu'ils pratiquent leur activité sportive à caractère professionnel,

- Les accidents provenant de la participation de l'Assuré à une rixe, sauf cas de légitime défense,
- Le suicide et la tentative de suicide survenant dans les deux ans suivant la date d'entrée en garantie de l'Assuré,
- Les accidents survenus hors compétition résultant du non-respect caractérisé du Code de la Route,
- Les accidents résultant de phénomènes naturels à caractère catastrophique,
- Les accidents qui surviennent lorsque l'Assuré, au moment du sinistre, ne porte pas son casque, sauf si les blessures sont sans relation avec l'absence du casque,
- Les dommages résultant de l'usage professionnel (hors licencié professionnel), utilitaire et/ou de loisirs d'une bicyclette, hors compétition et hors entraînement collectif, les garanties restent acquises pour l'activité de loisir sportif dès lors que cet usage est prévu et/ou permis par la licence souscrite,
- Les dommages corporels occasionnés lors d'un accident de la circulation dans lequel un véhicule terrestre à moteur est impliqué et faisant l'objet de la procédure d'offre d'indemnisation prévue à l'article L. 211-9 du Code des assurances. Dans ce cas, l'Assureur veille à faire aboutir le recours de la victime ou de ses proches dans le cadre de la garantie défense-recours. Toutefois, la garantie décès n'est pas concernée par la présente exclusion et reste acquise aux ayants droit, même en cas non-aboutissement du recours ;
- Les conséquences :
 - d'un traitement esthétique et/ou d'opération de chirurgie esthétique non-consécutif à un accident garanti ;
 - 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 accident résultant de la navigation aérienne à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou piloté par une personne ne possédant ni brevet, ni licence ou titulaire d'un brevet ou d'une licence périmé.

L'Assuré doit déclarer le sinistre à l'intermédiaire d'assurance gestionnaire MARSH dès qu'il en a connaissance et la possibilité. L'Assureur renonce à appliquer une déchéance de garantie pour déclaration tardive au-delà de 5 jours.

Lors de sa déclaration, l'Assuré doit indiquer la nature de la garantie souscrite et mise en jeu (garantie de base ou garantie complémentaire souscrite en option).

La déclaration peut se faire en ligne, sur le site dédié de l'intermédiaire d'assurance gestionnaire MARSH. Si l'Assuré souhaite procéder différemment, sa déclaration doit être établie selon le modèle-type fourni par l'intermédiaire d'assurance gestionnaire MARSH et doit être accompagnée des documents suivants :

- En cas de décès : un certificat de décès et le cas échéant, un certificat médical précisant le caractère accidentel du décès faisant un lien avec l'activité cycliste.
- En cas de blessures : l'attestation médicale initiale de constatation des blessures (reprise au verso de la déclaration d'accident individuel mise à sa disposition).
- En cas d'hospitalisation : un certificat précisant la date d'entrée et de sortie de l'hôpital.

Par la suite, l'Assuré doit fournir, en fonction des garanties souscrites :

- les éventuels certificats de prolongation, précisant les raisons et la durée de celle-ci ;
- les décomptes de Sécurité sociale et/ou de tout autre régime de frais de santé (seule la différence entre les frais médicaux garantis et ceux déjà remboursés étant prise en charge) ;
- un certificat d'arrêt de travail, un justificatif de perte de salaire délivré par l'employeur et un certificat de reprise de travail indiquant si la reprise est totale ou partielle (dans le cadre de la garantie incapacité temporaire) ;
- un certificat médical de consolidation (dans le cadre de la garantie invalidité permanente).

Une fois la consolidation des blessures acquise, l'Assureur procède à une expertise médicale pour déterminer le degré d'invalidité selon le barème Accidents du Travail tel que prévu au Code de la Sécurité Sociale.

En cas d'accidents de la circulation impliquant un véhicule terrestre à moteur, l'Assuré victime d'un dommage corporel est indemnisé en priorité par l'assureur impliqué dans l'accident, tenu de lui présenter une offre d'indemnisation dans le délai de 8 mois en application de l'article L. 211-9 du code des assurances.

Dans ce cas, l'Assureur n'intervient pas au titre de la garantie Individuelle accident, mais au titre de la garantie Défense Recours, pour assister la victime et veiller à ce que l'assureur du responsable (ou le fonds de garantie en cas de non-assurance) lui présente dans les délais requis une offre d'indemnisation portant sur tous les éléments indemnisables du préjudice.

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.

8. Territorialité

La garantie s'exerce pour les accidents survenus :

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

9. Déclaration des sinistres

9.1. Modalités de déclaration des sinistres



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.

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

Les frais médicaux, les indemnités journalières et les prestations d'invalidité versés aux titres de la garantie Individuelle Accident ouvrent droit à recours contre les tiers responsables en application de l'article 29.3 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985, pour les frais médicaux, et en application de l'article 29.5 de ladite loi, pour les prestations d'invalidité et les indemnités journalières ⁽¹⁾.

Si la personne indemnisée au titre de cette garantie exerce un recours contre tout tiers responsable, l'assureur peut exercer un recours subrogatoire, sur le fondement de l'article 30 de la loi précitée, et obtenir le remboursement des prestations versées, à due concurrence des postes de préjudice qu'elles réparent, à savoir :

- pour les frais médicaux, sur le poste de préjudice des Dépenses de santé actuelles,
- pour les indemnités journalières, sur les Pertes de gains professionnels actuelles,
- pour les prestations d'invalidité, sur les Pertes de gains professionnels futures et l'Incidence professionnelle et, le cas échéant, sur le Déficit fonctionnel permanent.

Le capital décès versé au titre de la garantie Individuelle Accident constitue une « avance sur indemnité » au sens de l'article 33, alinéa 3, de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985. L'assureur qui a versé un capital décès au bénéficiaire est donc subrogé dans ses droits et actions contre le tiers responsable. L'indemnité versée s'impute sur le solde subsistant de son préjudice économique (ou Perte de revenu des proches) après recours des tiers payeurs et, le cas échéant, sur son préjudice moral ⁽²⁾.

⁽¹⁾ les indemnités journalières de maladie et les prestations d'invalidité, même lorsqu'elles sont fixées indépendamment du préjudice, en fonction d'éléments prédéterminés, ouvrent droit à un recours subrogatoire « par détermination de la loi » contre la personne tenue à réparation ou son assureur (Cass. 2^e civ., 12 juill. 2007, no 06-16.084, : Bull. civ. II, no 213 ; RGDA 2007 p. 830 ; Cass. 2^e civ., 8 nov. 2007, no 06-19.744. : Bull. civ. II, no 245 ; Cass. 2^e civ., 24 nov. 2011, no 10-13.458 : RGDA 2012, p. 358).

⁽²⁾ le recours de l'assureur qui a versé à la victime une avance sur indemnité s'exerce non seulement sur le solde de la part d'indemnité réparant le préjudice économique de la victime ou de ses ayants droit et subsistant après paiement aux tiers prévus par l'article 29 de la loi du 5 juillet 1985, mais encore sur la part des indemnités de caractère personnel échappant au recours des tiers payeurs (Cass. 2^e civ., 5 avr. 2007, no 04-19.098, RGDA 2007, p. 606).

10. Vie de l'adhésion

10.1. Prise d'effet et durée des garanties

Les garanties prévues par le programme de base prennent effet à compter du 01/01/2027.

Toutefois, les garanties de base souscrites au moment de la prise de Licence prennent effet :

- soit le jour de la réception, de la demande de Licence, par la FFC ou par le Comité Régional (pour les demandes directement délivrées par la FFC) ;
- soit le jour de la saisie de la demande sur Internet ou par tout autre moyen (pour les licences pouvant être obtenues par ce canal).

La période de validité de la Licence est fixée du 01/01 au 31/12 de chaque année d'adhésion. Toutefois, pour les souscriptions effectuées à partir du 01/09, les garanties seront acquises jusqu'au 31/12 de l'année suivante.

Pour les primo-souscriptions effectuées à partir du 01/09/2026, nouveaux licenciés selon les termes de la réglementation FFC, les garanties seront acquises jusqu'au 31/12/2027, et accordées par



l'Assureur attributaire du programme 2027-2030, pour la période du 01/09/2026 au 31/12/2026, sans perception de prime complémentaire.

Des garanties complémentaires à la garantie de base peuvent être souscrites par les titulaires d'une licence de la FFC (hors Sportifs de Haut Niveau).

Ces licenciés peuvent soit :

- souscrire en ligne sur le site du courtier gestionnaire,
- adresser au courtier gestionnaire, le bulletin d'adhésion « garanties complémentaires » dûment complété.

Des garanties complémentaires pour les participants occasionnels non-licenciés, pour les bénévoles non-licenciés et épreuves de masse peuvent être proposées, et peuvent être souscrites :

- **Pour les participants occasionnels non-licenciés** : exclusivement pendant la durée de l'épreuve ou la manifestation à laquelle a été admis le participant occasionnel, pour autant que le bulletin d'adhésion et le chèque de règlement provisionnel soient parvenus à MARSH 24 heures au moins avant l'épreuve.

En cas d'inscriptions supplémentaires le jour de l'épreuve, l'organisateur s'engage à transmettre à MARSH un bulletin d'adhésion et un chèque de règlement complémentaires.

- **Pour les bénévoles non-licenciés** : le jour de la réception par MARSH du Bulletin d'adhésion accompagné du chèque de règlement, et sont accordées jusqu'au 31/12 de l'année de souscription.

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)
Toutefois, avant d'envoyer la mise en demeure de payer prévue par ce texte, l'Assureur s'engage à entrer en négociation en vue d'obtenir un règlement amiable de la cotisation.
En cas de résiliation en cours de période d'assurance, la portion de cotisation correspondant à la période postérieure à la résiliation est remboursée au Souscripteur.
- **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 opposables 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.



N° IDU: FR232655_03PSOH