



BULLETIN DE SOUSCRIPTION SAISON 2022-2023

**OPTION FACULTATIVE ACCIDENTS CORPORELS
IMPACT FIGHT
Contrat N°: 146.667.495**

Licence IMPACT FIGHT N° :

Nom :

Prénom :

Date de Naissance : / / - N° de Téléphone :/...../...../...../.....

Adresse postale :

E-mail :

Nom du Club :

Adresse postale du Club :

TABLEAU DES GARANTIES

GARANTIE ACCIDENTS CORPORELS		
Nature des garanties	Montant de la garantie par sinistre	Franchise
ASSURANCE DES ACCIDENTS CORPORELS		
• DECES	10 384 EUR(1)	Néant
• INVALIDITE PERMANENTE	20 000 EUR(1)	5 % du taux d'invalidité permanente
• REMBOURSEMENT DE SOINS	200 % du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale sous déduction des prestations éventuelles d'un régime de prévoyance	Néant
• Prothèse dentaire, par dent (forfait)	250 EUR	Néant
• Bris de lunettes (forfait)	150 EUR	Néant
• Prothèse auditive, par appareil (forfait)	650 EUR	Néant
• FRAIS DE RECHERCHE ET DE SECOURS	2 500 EUR	Néant
• FRAIS DE RAPATRIEMENT	2 500 EUR	Néant

(1) Garantie maximum 1.525.000 euros en cas de sinistre collectif.

Cotisation 2022-2023 : 15,00 €.

Date d'effet (date de souscription) : / /

Date de cessation des garanties : 31 août 2023

Signature :

Merci d'adresser votre bulletin d'adhésion ET votre règlement par chèque libellé au nom des « MMA » à :

La Compagnie du Sport / MMA - 6 rue Faure du Serre - 05000 GAP

Tél : 04.92.51.89.10 – E-mail : info@lacompaniedusport.com

GARANTIES ACCIDENTS CORPORELS

Définition Accident : toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de la victime et résultant de l'action soudaine d'une cause extérieure survenue dès lors que la victime a la qualité d'assuré.

✓ **DECES**

En cas de décès immédiat ou survenu dans un délai de 2 ans à compter du jour de l'accident, l'assureur verse aux ayants droit de l'adhérent assuré le capital fixé.

✓ **INVALIDITE PERMANENTE**

L'assuré est réputé en état d'invalidité permanente en cas de réduction définitive de son potentiel physique, psychosensoriel ou intellectuel, résultant d'une atteinte à l'intégrité anatomo-physiologique, suite à un accident et constatée médicalement.

En cas d'invalidité permanente immédiate ou survenue dans un délai de **2 ans** à compter du jour de l'accident, l'assureur verse à la personne assurée le capital fixé en cas d'invalidité permanente totale, ou une fraction du capital proportionnelle au taux d'invalidité retenu.

Le barème d'invalidité retenu au titre du contrat est le barème "**Concours médical**".

Franchise : Il est fait application d'une franchise de 5%. Toutes les invalidités dont le taux est ≤ à 5% ne donnent lieu à aucune indemnité.

Montant de la prestation : Pour les invalidités inférieures à 66%, l'indemnité est fonction du taux d'invalidité. Toutefois, si le taux d'invalidité atteint 66 %, le capital de base est versé en totalité.

Non-cumul des garanties "Décès" et "Invalidité permanente" : En aucun cas, le capital dû en cas de décès ne peut se cumuler avec la prestation servie en cas d'invalidité permanente. Si le décès, quoique survenant dans le délai de 24 mois à dater de l'événement assuré, se produit après qu'un règlement ait été effectué au titre de la garantie "Invalidité permanente", le bénéficiaire perçoit la différence entre le montant de la garantie prévue en cas de décès et la somme allouée au titre de l'invalidité permanente.

✓ **REMBOURSEMENT DE SOINS**

Définition de la garantie : En cas de soins nécessités par l'événement assuré, cette assurance garantit à l'assuré le remboursement des frais d'honoraires médicaux, chirurgicaux et d'auxiliaires médicaux, frais pharmaceutiques, d'hospitalisation, de cure thermale, d'appareils d'orthopédie ou de prothèse, d'optique, de soins dentaires. La garantie est étendue au remboursement du forfait journalier institué par l'article 4 de la loi n°83-25 du 19 janvier 1983. **Sont exclus les frais résultant d'un séjour dans les maisons de repos et de convalescence, aériums, hospices et établissements ou secteurs qualifiés de "long séjour" (dont la circulaire ministérielle n° 1403 du 6 juin 1977 a défini les modalités d'organisation et de fonctionnement).**

Conditions de remboursement : Aucun traitement, médicament, appareil, intervention ou hospitalisation, n'est pris en charge s'il n'a pas été prescrit et exécuté par un praticien légalement habilité ou un établissement régulièrement agréé, conformément à la réglementation du pays où sont dispensés les soins. **Lorsque l'assuré dispose d'un régime de prévoyance sociale, seuls les frais ayant fait l'objet d'un remboursement de ce régime peuvent donner lieu à un remboursement au titre du contrat.** Ces dispositions ne s'appliquent pas aux frais énumérés aux paragraphes relatifs aux appareils de prothèse dentaire, de lunetterie et de prothèse auditive et au transport de l'assuré du chapitre "Base et montant du remboursement" ci-après. Lorsque l'assuré ne dispose pas de régime de prévoyance sociale, seuls sont remboursés les frais qui auraient été pris en charge si l'assuré avait bénéficié d'un régime de prévoyance sociale.

Base et montant de remboursement :

- Sauf pour les appareils de prothèse dentaire, de lunetterie et de prothèse auditive, le remboursement est effectué sur la base du tarif de responsabilité de la sécurité sociale, affecté du pourcentage de garantie mentionné au tableau des garanties Accidentscorporels. Du remboursement ainsi obtenu pour chaque acte médical, plafonné au montant des frais réels, est déduite la prestation servie par le régime de prévoyance sociale ou par tout autre régime de prévoyance dont dépend l'assuré victime de l'accident.
 - Appareils de prothèse dentaire, de lunetterie et de prothèse auditive : le règlement des frais d'acquisition, de réparation ou de remplacement de ces prothèses est effectué sur la base d'un forfait dont le montant est fixé au tableau des garanties Accidents corporels.
 - Transport de l'assuré : Sont remboursés :
 - les frais de transport de l'assuré accidenté effectué d'urgence ou sur l'ordre du médecin traitant,
 - les frais de transport exposés à l'occasion des consultations, examens radiologiques et traitements spéciaux relevant des catégories suivantes : Médecine physique, soins dispensés par des auxiliaires médicaux, électrothérapie, traitements par rayons ultraviolets, lumineux ou infrarouges.
- Le remboursement est calculé sur la base :
- du moyen de transport le plus économique compatible avec l'état médical de l'assuré. Si le transport est effectué par un véhicule privé, le remboursement ne pourra pas être supérieur au double du prix du billet de chemin de fer en seconde classe.
 - de la distance entre le lieu de l'accident et l'établissement de soins le plus proche du lieu de l'accident, ou du domicile de l'assuré,
 - de la distance (aller-retour) entre la résidence habituelle de l'assuré et le Cabinet du praticien ou l'établissement de soins le plus proche compte tenu de la nature du traitement prescrit.

✓ **FRAIS DE RECHERCHES ET DE SECOURS**

Cette assurance garantit, à concurrence du montant fixé dans le tableau des garanties, le paiement des frais nécessaires à la recherche et au sauvetage de l'assuré à la suite d'un accident ou de tout autre événement mettant sa vie en danger et survenant au cours des activités assurées.

✓ **FRAIS DE RAPATRIEMENT**

Cette assurance garantit, à concurrence du montant fixé dans le tableau des garanties, le remboursement des frais de rapatriement d'une personne ayant la qualité d'assuré, du lieu de sinistre à celui de l'établissement hospitalier le plus proche du domicile de l'assuré, ou au domicile de l'assuré en cas :

- de décès,
- d'accident ou de maladie nécessitant, en raison, soit de son état, soit de l'urgence et suivant prescription d'une autorité médicale, son rapatriement par un moyen de transport autre que celui utilisé pour le voyage.

FORMALITÉS À ACCOMPLIR EN CAS D'ACCIDENT

Dès que possible, après la survenance d'un accident et au plus tard dans les cinq jours, l'assuré doit en faire la déclaration, soit par l'intermédiaire de son club, soit directement au représentant de l'assureur gestionnaire du contrat :

La Compagnie du Sport / MMA

6 rue Faure du Serre - 05000 GAP

Tél. 04.92.51.89.10 – info@lacompaniedusport.com

qui donnera toutes instructions utiles.

La déclaration d'accident devra être accompagnée :

- **d'un certificat médical,**
- **d'une attestation du Responsable du Club dans lequel le licencié évolue,**
- **éventuellement d'un témoignage justifiant du caractère accidentel de la situation.**