VERSPIEREN
COURTIER EN ASSURANCES



ASSURANCES AFFINITAIRE

Fédération Française de Ski

Allianz

Mutuaide

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE SKI

Contrat facultatif d'assurances Gold Allianz n° 64167108
en complément du contrat FFS
Allianz n° 64071037 et Mutuaide n° 10263

Notice d'informations

NOTE D'INFORMATIONS OPTION GOLD 2026-2027

Cher licencié,

Les garanties proposées par les options MEDIUM ou OPTIMUM peuvent s'avérer insuffisantes en matière de garanties : adhésion club, frais médicaux (y compris à l'étranger), invalidité et décès.

En complément des contrats Allianz n° 64 071 037 et Mutuaide n° 10263, les titulaires des options MEDIUM et OPTIMUM peuvent souscrire à la garantie Gold (directement auprès de Verspieren) au tarif unique de 230,00 € et bénéficier de garanties complémentaires qui viennent s'ajouter aux garanties de l'option MEDIUM ou OPTIMUM initialement souscrite. Les moniteurs ESF doivent également souscrire à une option OPTIMUM pour en bénéficier.

Prérequis : le licencié doit souscrire à une option FFS MEDIUM ou OPTIMUM pour bénéficier des garanties complémentaires de l'option facultative Gold et résider en Europe géographique (sauf autorisation spécifique préalable de la FFS pour les non-résidents en Europe géographique).

L'option Gold peut être souscrite, chaque année, du 1er octobre de l'année N au 14 octobre de l'année N+1. En cas de souscription après la date du 1er octobre, l'option Gold reste valable du jour de sa souscription (paiement effectif) jusqu'au 14 octobre de l'année N+1.

LES GARANTIES COMPLÉMENTAIRES INCLUSES AU SEIN DE L'OPTION GOLD :

1. **Une nouvelle garantie non-incluse dans les options MEDIUM et OPTIMUM :**
   - Garantie remboursement adhésion club. Remboursement des journées non-utilisées d'adhésion au club, de plus de 2 jours consécutifs, au *prorata temporis* des journées non utilisées à compter du lendemain de l'un des événements suivants : accident intervenu lors de la pratique d'une activité couverte par le contrat FFS (sur présentation d'un certificat médical justifiant de la durée de l'incapacité sportive) : maximum 500 € / sinistre.
2. **Des compléments aux options MEDIUM ou OPTIMUM qui viennent renforcer les garanties existantes :**
   - Avance ou prise en charge des Frais médicaux hors du pays de domicile : avance ou prise en charge des frais médicaux à l'étranger jusqu'à 200 000 € (en complément de la garantie MEDIUM ou OPTIMUM souscrite initialement)
   - Capital décès de 30 000 € (en complément de la garantie MEDIUM ou OPTIMUM souscrite initialement)
   - Capital invalidité permanente calculé en fonction du taux d'invalidité (franchise relative de 10 % du taux d'invalidité) de 70 000 € (en complément de la garantie MEDIUM ou OPTIMUM souscrite initialement)

Exemple n°1 : un licencié ayant souscrit initialement à une option MEDIUM bénéficiera des garanties suivantes :

MEDIUM Souscrite initialement	Garanties de l'option MEDIUM	Gold	Couverture MEDIUM + Gold
Remboursement adhésion club		X	X
Frais médicaux en France	100 % de la BRSS	250 % de la BRSS	350 % de la BRSS
Avance ou prise en charge des Frais médicaux Hors du pays de domicile	20 000 €	200 000 €	220 000 €
Capital Décès	5 000 €	30 000 €	35 000 €
Capital Invalidité (franchise relative de 10 %)	7 500 €	70 000 €	77 500 €

Exemple n°2 : un licencié ayant souscrit initialement à une option OPTIMUM bénéficiera des garanties suivantes :

OPTIMUM Souscrite initialement	Garanties de l'option OPTIMUM	Gold	Couverture OPTIMUM + Gold
Remboursement adhésion club		X	X
Frais médicaux en France	150 % de la BRSS	250 % de la BRSS	400 % de la BRSS
Avance ou prise en charge des Frais médicaux Hors du pays de domicile	100 000 €	200 000 €	300 000 €
Capital Décès	15 000 €	30 000 €	45 000 €
Capital Invalidité (franchise relative de 10 %)	40 000 €	70 000 €	110 000 €

Cette option d'assurance « Gold » fait l'objet de contrats d'assurance « Individuelle Accident - Assistance » spécifiques que vous pouvez consulter sur le site www.ffs.verspieren.com

MODALITÉS DE SOUSCRIPTION OPTION « GOLD »

L'option « Gold » peut être souscrite **individuellement par tout licencié MEDIUM ou OPTIMUM et en particulier par tout compétiteur.** Pour souscrire à cette extension de garanties, il convient de remplir le formulaire de souscription ci-dessous, et de l'adresser au courtier d'assurances de la Fédération : Verspieren

FORMULAIRE DE SOUSCRIPTION OPTION GOLD 2026-2027

À COMPLETER PUIS A RENVOYER PAR MAIL À VERSPIEREN : ffsgold@verspieren.com

- Nom : .....
- Prénom : .....
- N° Licence : .....
- Mail : .....
- Option d'assurance souscrite avec la Licence Carte Neige : .....

Je soussigné(e) Mme, Mr ....., souhaite souscrire aux garanties complémentaires proposées par Verspieren dans le cadre de l'option « Gold ».

J'ai pris note que les garanties d'assurance seront valables à réception du formulaire de souscription par Verspieren et jusqu'au 14 octobre 2027.

Pour une prise d'effet des garanties d'assurance, il convient :

1. de retourner le présent formulaire complété par mail à Verspieren : ffsgold@verspieren.com
2. d'effectuer dans le même temps le règlement correspondant par virement bancaire*

Tarif option « Gold » :

- **230 €** pour les titulaires d'une licence carte neige option «MEDIUM» ou «OPTIMUM»
- **289,10 €** pour les moniteurs ESF OPTIMUM + Gold

* Le règlement doit être effectué par virement bancaire à l'aide du RIB suivant :

Indiquez impérativement les références de virement bancaire ci-après : 19649079

Banque : BNP PARIBAS

Titulaire du compte : VERSPIEREN

IBAN : FR76 3000 4005 3000 0161 0039 232

BIC : BNPAFRPPNFE

VERSPIEREN
Licence Carte Neige
Tél : 03 20 65 40 00 – ffsgold@verspieren.com

Fait à : .....

Le : .....

Signature

GARANTIES D'ASSURANCES

REMBOURSEMENT DE L'ADHÉSION AU CLUB

Nous remboursons le coût de l'adhésion au club de ski de plus de deux jours consécutifs non utilisés, au *prorata temporis* des journées non utilisées, à compter du lendemain de l'événement suivant :

- accident intervenu lors de la pratique d'une activité couverte par le contrat FFS Allianz n° 64 071 037
  (sur présentation d'un certificat médical justifiant de la durée de l'incapacité sportive) : maximum 500 € / sinistre

L'indemnité ne sera réglée que sur présentation de l'original de la facture acquittée de l'adhésion au club accompagnée des justificatifs (exemple : certificat médical indiquant la durée de l'incapacité sportive) de l'événement ayant entraîné la non-utilisation totale ou partielle de l'adhésion.

Ne sont pas pris en compte dans le calcul de l'indemnité, les frais de dossier, le forfait remontées mécaniques, la location du matériel, les cours de ski ainsi que les remboursements ou compensations accordés par l'organisme auprès duquel vous avez acheté l'adhésion au club.

Le plafond d'indemnisation est limité à 500 € par sinistre.

Vous vous engagez à effectuer les démarches nécessaires au recouvrement de vos frais médicaux auprès des organismes d'assurance concernés et effectuer le remboursement de l'avance à ALLIANZ.

Remboursement complémentaire des frais médicaux en France métropolitaine (ou dans le pays de domiciliation pour les résidents hors de France) suite à un accident garanti.

REMBOURSEMENT COMPLÉMENTAIRE DES FRAIS MÉDICAUX EN FRANCE MÉTROPOLITAINE (OU DANS LE PAYS DE DOMICILIATION POUR LES RÉSIDENTS HORS DE FRANCE) SUITE À UN ACCIDENT GARANTI

Dans ce chapitre, la définition de la FRANCE est uniquement la FRANCE métropolitaine. Il est entendu que les Assurés sont les titulaires d'une Licence Carte Neige MEDIUM ou OPTIMUM + option Gold en cours de validité, et victimes d'un accident garanti.

Les licenciés Français sont couverts s'ils bénéficient du régime français de Sécurité sociale, conformément au tableau ci-dessous, après intervention effectuée par la Sécurité sociale, la mutuelle et/ou tout autre organisme de prévoyance local.

Les licenciés Français non-assurés sociaux bénéficient également de cette prise en charge **dans la limite de 1 000 €.**

Les licenciés Gold disposant d'une résidence principale hors de France bénéficient de cette garantie après intervention effectuée par la Sécurité sociale, la mutuelle et/ou tout autre organisme de prévoyance local.

À défaut de remboursement par la Sécurité sociale, la mutuelle et/ou tout autre organisme de prévoyance locale de l'Assuré, Allianz garantira l'Assuré au 1er euro, dans la même limite de mille euros (1 000 €) maximum et sur présentation de justificatifs de non prise en charge.

PRESTATIONS EN COMPLÉMENT DE LA SS ET DE TOUS LES AUTRES ORGANISMES DE PRÉVOYANCE SAUF CELLES EN % FRAIS RÉELS	OPTIMUM + GOLD			MEDIUM + GOLD		
	% BR	FRAIS RÉELS	AUTRE BASE OU LIMITE	% BR	FRAIS RÉELS	AUTRE BASE OU LIMITE
HOSPITALISATION						
Hospitalisation médicale	400 %			350 %		
Hospitalisation chirurgicale	400 %			350 %		
Chambre particulière			50 € / jour			50 € / jour
MÉDECINE COURANTE						
Consultations visites généralistes	400 %			350 %		
Consultations visites spécialistes	400 %			350 %		
Analyse laboratoire	400 %			350 %		
Radiologie	400 %			350 %		
Auxiliaires médicaux	400 %			350 %		
Actes de spécialistes	400 %			350 %		
Prothèses médicales		100 %	460 € maxi		100 %	460 € maxi

PRESTATIONS EN COMPLÉMENT DE LA SS ET DE TOUS LES AUTRES ORGANISMES DE PRÉVOYANCE SAUF CELLES EN % FRAIS RÉELS	OPTIMUM + GOLD			MEDIUM + GOLD		
	% BR	FRAIS RÉELS	AUTRE BASE OU LIMITE	% BR	FRAIS RÉELS	AUTRE BASE OU LIMITE
PHARMACIE						
Pharmacie 35%		100 %			100 %	
Pharmacie 65%		100 %			100 %	
OPTIQUE						
Verres		100 %	900 € maxi		100 %	900 € maxi
Lentilles refusées, acceptées, jetables		100 %			100 %	
Monture		100 %	460 € maxi		100 %	460 € maxi
DENTAIRE						
Soins dentaires	400 %			350 %		
Prothèses dentaires		100 %	460 € maxi		100 %	460 € maxi
Orthodontie		100 %	460 € maxi		100 %	460 € maxi
AUDITIF						
Appareil auditif		100 %	460 € maxi		100 %	460 € maxi

Vous vous engagez pour obtenir cette prise en charge à entamer toutes les démarches nécessaires au recouvrement de ces frais auprès des organismes concernés, ainsi qu'à nous transmettre les documents suivants :

- décomptes originaux des organismes sociaux et/ou de prévoyance justifiant des remboursements obtenus,
- photocopies des notes de soins justifiant des dépenses engagées.

À défaut, nous ne pourrions pas procéder au remboursement.

AVANCE SUR FRAIS D'HOSPITALISATION HORS DU PAYS DE DOMICILE

Sont exclues de la prestation d'assistance « AVANCE SUR FRAIS D'HOSPITALISATION (hors du pays de domicile UNIQUEMENT) » les avances des frais d'hospitalisation engagés dans le pays de Domicile.

Vous êtes malade ou blessé(e) pendant votre déplacement pour pratiquer une activité garantie à l'étranger, tant que vous vous trouvez hospitalisé(e). Nous pouvons faire l'avance des frais d'hospitalisation jusqu'à concurrence de 220 000 € pour un licencié MEDIUM **et jusqu'à 300 000 € pour un licencié OPTIMUM.**

Cette avance s'effectuera sous réserve des conditions cumulatives suivantes :

- pour des soins prescrits en accord avec nos médecins,
- tant que ces derniers vous jugent intransportable après recueil des informations auprès du médecin local.

Aucune avance n'est accordée à dater du jour où nous sommes en mesure d'effectuer le transport, même si vous décidez de rester sur place.

REMBOURSEMENT COMPLÉMENTAIRE DES FRAIS MEDICAUX ENGAGÉS HORS DU PAYS DE DOMICILIATION

Pour bénéficier de ces remboursements, vous devez relever obligatoirement d'un régime primaire d'Assurance Maladie ou de tout organisme de prévoyance, et vous devez effectuer, au retour dans votre pays de domicile ou sur place, toutes les démarches nécessaires au recouvrement de ces frais auprès des organismes concernés et nous communiquer les pièces justificatives mentionnées ci-après.

Avant de partir en déplacement à l'étranger, si vous êtes domicilié en Europe, nous vous conseillons de vous munir de formulaires adaptés à la nature et à la durée de ce déplacement, ainsi qu'au pays dans lequel vous vous rendez (pour l'espace économique européen et pour la Suisse, munissez-vous de la carte européenne d'assurance maladie).

Ces différents formulaires sont délivrés par la Caisse d'Assurance Maladie à laquelle vous êtes affilié(e) afin de bénéficier, en cas de maladie ou d'accident, d'une prise en charge directe de vos frais médicaux par cet organisme.

Nature des frais médicaux ouvrant droit à remboursement complémentaire :

Le remboursement complémentaire couvre les frais définis ci-après, à condition qu'ils concernent des soins reçus à l'étranger à la suite d'une maladie ou d'une blessure survenue pendant un déplacement couvert **à l'étranger.** Les frais ouvrant droit à remboursement complémentaire sont les suivants :

- honoraires médicaux,
- frais de médicaments prescrits par un médecin ou un chirurgien,
- frais d'ambulance ou de taxi ordonnés par un médecin pour un trajet local à l'étranger,
- frais d'hospitalisation quand vous êtes jugé(e) intransportable par décision de nos médecins prise après recueil des informations auprès du médecin local. Le remboursement complémentaire de ces frais d'hospitalisation cesse à compter du jour où nous sommes en mesure d'effectuer votre transport, même si vous décidez de rester sur place,

MONTANT ET MODALITES DE PRISE EN CHARGE :

Nous vous remboursons le montant des frais médicaux engagés hors du pays de domicile et restant à votre charge après remboursement effectué par la Sécurité sociale, la mutuelle et/ou tout autre organisme de prévoyance dans la limite de 220 000 € pour un licencié MEDIUM et 300 000 € pour un licencié OPTIMUM

Vous (ou vos ayants droit) vous engagez (s'engagent) à cette fin à effectuer, au retour dans votre pays de Domicile ou sur place, toutes les démarches nécessaires au recouvrement de ces frais auprès des organismes concernés, ainsi qu'à nous transmettre les documents suivants :

- décomptes originaux des organismes sociaux et/ou de prévoyance justifiant des remboursements obtenus,
- photocopies des notes de soins justifiant des dépenses engagées.

À défaut, nous ne pourrions pas procéder au remboursement.

Dans l'hypothèse où la Sécurité sociale et/ou les organismes auxquels vous cotisez ne prendraient pas en charge les frais médicaux engagés, nous vous rembourserons, sous réserve que vous nous communiquiez préalablement les factures originales de frais médicaux et l'attestation de non prise en charge émanant de la Sécurité sociale, la mutuelle et tout autre organisme de prévoyance.

À défaut de remboursement par la Sécurité sociale, la mutuelle et/ou tout autre organisme de prévoyance locale de l'Assuré, l'Assureur garantira l'Assuré au 1er euro, **dans la limite de deux mille euros (2 000 €, contrat de base inclus) maximum** et sur présentation de justificatif de non prise en charge.

Les licenciés non-assurés sociaux bénéficient également de cette garantie dans la limite de mille euros **(2 000 €, contrat de base inclus).**

Avance/Remboursement complémentaire des frais médicaux à l'étranger

• MEDIUM + Gold	220 000 €
• OPTIMUM + Gold	300 000 €
• Les licenciés non-assurés sociaux sont limités à	2 000 €

Vous (ou vos ayants droit) vous engagez (s'engagent) à cette fin à effectuer, au retour dans votre pays de Domicile ou sur place, toutes les démarches nécessaires au recouvrement de ces frais auprès des organismes concernés, ainsi qu'à nous transmettre les documents suivants :

- **décomptes originaux des organismes sociaux et/ou de prévoyance justifiant des remboursements obtenus,**
- **photocopies des notes de soins justifiant des dépenses engagées.**

À défaut, nous ne pourrions pas procéder au remboursement.

CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS RÉSULTANT D'UN ACCIDENT

En cas de décès accidentel de l'assuré survenant immédiatement ou dans un délai de vingt-quatre mois des suites d'un accident garanti, nous verserons au bénéficiaire le capital dont le montant est fixé ci-dessous.

La disparition officiellement reconnue du corps de l'assuré, en application des articles 112 et suivants du Code Civil, après examen par l'assureur de toutes les preuves et justifications disponibles, créée une présomption de décès à l'expiration du délai de 365 jours à compter du jour de l'accident présumé.

Cependant, s'il est constaté à quelque moment que ce soit après le versement au bénéficiaire du capital garanti au titre de la disparition de l'assuré, que ce dernier est encore vivant, toute somme versée à ce titre doit nous être intégralement remboursée.

La preuve du décès est apportée par la production d'un acte de décès ou d'un jugement déclaratif de décès, que ce jugement soit définitif ou non. Dans ce dernier cas, le capital Décès est le montant mentionné aux Dispositions Particulières au jour de la date présumée de la disparition.

CAPITAL EN CAS D'INFIRMITÉ PERMANENTE RÉSULTANT D'UN ACCIDENT

Lorsque l'assuré est victime d'un accident garanti et qu'il est médicalement établi qu'il persiste une infirmité permanente partielle ou totale, nous lui versons le capital obtenu en multipliant le montant du capital fixé au tableau ci-dessous par le taux d'infirmité de l'assuré.

Ce taux est défini conformément **au Barème Européen d'Evaluation des Atteintes à l'Intégrité Physique et Psychique** sauf mention contraire figurant expressément aux Dispositions Particulières du contrat.

Toutefois, l'indemnité ayant un caractère forfaitaire et contractuel, il n'est jamais tenu compte de l'âge, des aptitudes, de la qualification professionnelle, de la profession ou des possibilités de reclassement de l'assuré victime de l'accident.

L'assuré victime d'un accident indemnisé au titre de la législation sur les accidents du travail ne pourra prétendre à une révision du taux d'infirmité permanente fixé par le médecin expert missionné et pour lequel il aura donné son accord et perçu le capital correspondant, même dans le cadre d'une révision à la hausse ou à la baisse du taux accordé par la Sécurité sociale ou tout autre organisme similaire.

Le degré d'infirmité est fixé dès qu'il y a consolidation de l'état de l'assuré et, au plus tard, sauf accord contraire pris par l'assuré et nous, à l'expiration du délai d'un an à compter du jour de l'accident.

Toutefois, si dans un délai de six mois après l'accident garanti, la consolidation des blessures de l'assuré n'est pas intervenue et qu'il s'avère que l'infirmité permanente, dont l'assuré restera atteint, est au moins égale à 30 % après expertise par le médecin-conseil que nous aurons missionné, nous versons à l'assuré, sur sa demande expresse, une avance sur indemnité égale à 10 % du capital garanti en cas d'infirmité permanente totale. Cette avance sera déduite du règlement final du sinistre.

Lorsqu'un même accident entraîne plusieurs infirmités distinctes, l'infirmité principale est d'abord évaluée dans les conditions prévues ci-dessus, les autres infirmités étant ensuite estimées successivement, proportionnellement à la capacité restante après l'addition des précédentes.

L'incapacité fonctionnelle absolue d'un membre ou organe est assimilée à la perte de ce membre ou organe.

LA PERTE DES MEMBRES OU ORGANES HORS D'USAGE AVANT L'ACCIDENT NE DONNE LIEU À AUCUNE INDEMNITÉ.

Si l'accident affecte un membre ou organe déjà infirme, l'indemnité est déterminée par différence entre l'état antérieur et postérieur à l'accident. En aucun cas, l'évaluation des lésions consécutives à l'accident ne peut être augmentée par l'état d'infirmité de membres ou organes que l'accident n'a pas intéressés.

Les troubles nerveux et les lésions nerveuses ne peuvent être pris en considération, pour autant qu'ils constituent la conséquence d'un accident garanti, que s'ils se traduisent à l'examen par des signes cliniques nettement caractérisés.

POUR QUEL MONTANT INTERVENONS-NOUS ?

Nous intervenons pour le montant, et sous réserve de la Franchise, indiqués **au tableau des montants de garanties** ci-dessous dans les cas suivants :

- décès : le capital indiqué au tableau des montants de garanties est payable à vos ayants droit. Le décès doit être la conséquence directe de l'Accident,
- invalidité permanente totale : vous recevrez un capital dont le montant est indiqué **au tableau des montants de garanties,**
- invalidité permanente : vous recevrez un capital dont le montant sera calculé en appliquant à la somme indiquée **au tableau des montants de garanties**

Votre taux d'incapacité permanente, déterminé en fonction du Barème Européen d'Evaluation des Atteintes à l'Intégrité Physique et Psychique sans que l'activité professionnelle de la victime ne puisse être prise en compte.

Le montant de l'indemnité ne peut être fixé qu'après consolidation, c'est-à-dire après la date à partir de laquelle les suites de l'Accident sont stabilisées.

EN CAS D'AGGRAVATION

L'évolution de votre état séquellaire, en relation directe et certaine avec un événement garanti, de nature à modifier les conclusions médicales initiales, ouvre droit à indemnisation. Deux cas sont possibles :

- **soit le taux de l'incapacité permanente était inférieur ou égal au seuil de 10 %, déclenchant la garantie, mais suite à l'aggravation le taux dépasse ce seuil. La victime sera indemnisée pour la globalité du préjudice et non pas pour le seul différentiel de taux.**
- **soit le taux de l'incapacité permanente dépassait le seuil de déclenchement de la garantie et la victime a été indemnisée une première fois. Elle recevra alors un complément correspondant au différentiel multiplié par le coût final de l'incapacité permanente.**

Non cumul des indemnités :

Il n'y a pas de cumul des garanties décès et invalidité permanente totale lorsqu'elles résultent des suites du même évènement garanti.

Aucun accident ne peut donner droit simultanément au versement des capitaux en cas de décès par accident et d'infirmité permanente par accident.

Si après avoir reçu une indemnité résultant de l'invalidité partielle consécutive à un évènement garanti, vous veniez à décéder dans **un délai de deux ans** des suites du même évènement et que le montant du capital décès était supérieur au montant des sommes versées au titre de l'invalidité, nous verserions aux ayants-droits le capital prévu en cas de décès dans la limite du montant indiqué au Tableau des Montants de Garanties sous déduction de l'indemnité que nous vous avons déjà versée au titre de l'invalidité permanente partielle.

Lorsque le capital prévu au titre de la garantie Perte totale et irréversible d'autonomie est versé par anticipation, le bénéficiaire ne peut pas prétendre à la garantie en cas de décès prévue aux Dispositions Particulières.

Lorsque le cumul des indemnités dues excède les limites mentionnées **au tableau des montants de garanties,** l'engagement de l'assureur est limité à cette somme et les indemnités versées aux victimes d'un même évènement seront réduites et réglées proportionnellement au nombre de victimes au *prorata* de la prestation qui leur serait due en l'absence de limitation de garanties.

INDEMNITÉS SUITE À COMA :

Lorsqu'un licencié est victime d'un accident garanti et qu'il est médicalement établi qu'il demeure dans un état de coma pendant une période ininterrompue de plus de quatorze jours, l'assureur verse au bénéficiaire prévu en cas de décès et pour répondre à la demande écrite de ses ayants-droits, une indemnité d'un montant de 2 % du capital décès par semaine de coma dans la limite de 50 semaines.

Le montant maximal versé au titre de cette garantie, par licencié et par accident, est identique au capital « Décès ».

Le montant versé au titre de cette garantie vient en déduction des indemnités prévues en cas de décès.

MONTANT MAXIMAL GARANTI PAR ÉVÈNEMENT COLLECTIF

Si le contrat doit intervenir en faveur de plusieurs assurés, victimes d'un même accident garanti, causé par un même événement, et que le cumul des capitaux décès, coma ou nécessitant l'aménagement du domicile de plusieurs assurés et Infirmité permanente excède la somme indiquée pour un sinistre collectif, notre engagement est en tout état de cause limité à cette somme pour le montant global des capitaux décès et infirmité permanente par accident, versé aux assurés victimes d'un même accident, les indemnités étant réduites et réglées proportionnellement au nombre de victimes.

À défaut de montant maximum garanti par événement fixé aux Dispositions particulières, le montant maximum par évènement est de 2 500 000 €.

Définition de l'évènement collectif : un seul et même évènement trouvant son origine dans une même cause (même lieu, même date), donnant lieu à un cumul de sinistres pour les Assurés d'un même Souscripteur.

Si l'Accident entraîne plusieurs lésions, les taux d'invalidité se cumulent sans pouvoir excéder 100 %.

L'application du Barème Européen des Atteintes à l'Intégrité Physique et Psychique suppose dans tous les cas que les conséquences de l'Accident ne soient pas aggravées par l'action d'une maladie ou d'une infirmité antérieure et que la victime ait suivi un traitement médical adapté.

INDIVIDUELLE ACCIDENT	MONTANT GARANTIE
Capitaux décès	
• MEDIUM + Gold	35000€
• OPTIMUM + Gold	45000€
Capitaux Invalidité	Capital invalidité permanente calculé en fonction du taux d'invalidité (franchise relative de 10% du taux d'invalidité)
• MEDIUM + Gold	77500€
• OPTIMUM + Gold	110000€
Indemnité Coma	2% du capital décès par semaine de coma dans la limite de 50 semaines (à hauteur maximum du capital décès)
Limite de remboursement par événement	2500000€

EXCLUSIONS COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES

Sont exclus :

- **les conséquences d'une mise en quarantaine et/ou de mesures de restriction de déplacement décidées par une autorité compétente, qui pourrait affecter l'Assuré avant ou pendant son déplacement,**
- **les Déplacements vers un pays, une région ou une zone vers lesquels les voyages sont formellement déconseillés par les autorités gouvernementales du pays de Domicile de l'Assuré à la date de départ, les guerres civiles ou étrangères, les émeutes, les mouvements populaires,**
- **la participation volontaire d'un Assuré à des émeutes ou grèves, rixes ou voies de fait,**
- **les conséquences de la désintégration du noyau atomique ou toute irradiation provenant d'une source d'énergie présentant un caractère de radioactivité,**
- **sauf dérogation contractuelle (prestations « RETOUR ANTICIPÉ EN CAS DE CATASTROPHE NATURELLE »), un tremblement de terre, une éruption volcanique, un raz de marée, une inondation ou un cataclysme naturel sauf dans le cadre des dispositions résultant de la Loi N 82-600 du 13 juillet 1982 relative à l'indemnisation des victimes de catastrophes naturelles (pour les garanties d'assurance),**
- **les conséquences de l'usage de médicaments, de drogues, de stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement, et de l'usage abusif d'alcool.**
- **tout acte intentionnel de votre part pouvant entraîner la garantie du contrat.**
- **Les accidents causés intentionnellement par l'assuré.**
- **Le paiement de l'indemnité au bénéficiaire qui a causé intentionnellement l'accident.**

Les accidents résultant :

- **de la guerre civile ou étrangère,**
- **d'un conflit armé international ou d'un conflit armé non international,**
- **d'invasions,**
- **d'explosions de munitions de guerre,**
- **d'émeute, de mouvement populaire, d'une révolution, d'une prise de pouvoir militaire, d'un coup d'État,**
- **d'un attentat ou d'un acte de terrorisme,**
- **d'un acte de piraterie aérienne ou d'un détournement aérien.**

Toutefois, cette exclusion ne s'applique pas :

- dès lors que l'assuré n'a pris aucune part active à cet(ces) évènement(s),
- et en cas de guerre civile ou étrangère si celle-ci ne survient pas dans le pays de domicile de l'assuré et que ce dernier n'y a pris aucune part active.

NOUS ENTENDONS PAR :

Conflit armé international : recours à la force armée entre deux ou plusieurs États.

Conflit armé non international : affrontement qui oppose une ou des forces armées gouvernementales aux forces armées d'un ou de plusieurs groupe(s), ou qui oppose de tels groupes entre eux, et qui se produit sur le territoire d'un État.

Invasion : action militaire qui menace directement l'autonomie d'une nation ou territoire.

- **Les accidents dus à des sources de rayonnements ionisants, des combustibles nucléaires ou des produits ou déchets radioactifs, ou causés par des armes ou des engins destinés à exploser par modification de structure du noyau de l'atome.**
- **Les accidents causés par l'utilisation de stupéfiants ou de substances analogues, ou causés par des médicaments ou des traitements non prescrits par une autorité médicale habilitée.**
- **Les conséquences d'accidents subis par l'assuré lorsqu'il conduit un véhicule avec ou sans moteur sous l'emprise d'un état alcoolique caractérisé par la présence dans le sang d'un taux d'alcool supérieur au taux maximum autorisé par la règlementation en vigueur dans le pays où s'est produit l'accident. En l'absence de règlementation dans le pays où s'est produit l'accident, c'est la règlementation française qui s'applique.**
- **Les conséquences du suicide ou de la tentative de suicide de l'assuré.**
- **Les conséquences d'un acte illicite constituant un crime ou un délit intentionnel commis par l'assuré ou avec sa complicité.**
- **Les accidents survenant lors de l'utilisation par l'assuré, en tant que pilote, d'un aéronef.** Par **aéronef,** on entend tout appareil ou engin capable de s'élever et de circuler dans les airs.
- **Les accidents survenant alors de l'assuré est passager à bord d'un aéronef dont l'entreprise propriétaire n'est pas autorisée par les autorités d'un État membre de l'Union Européenne ou par toute autre autorité équivalente dans les pays en dehors l'Union européenne, à effectuer du transport aérien public.**
- **Par aéronef, on entend tout appareil ou engin capable de s'élever et de circuler dans les airs.**
- **Les accidents aériens survenus alors que l'assuré est à bord d'un aéronef qui appartient à une compagnie aérienne figurant sur la liste des compagnies aériennes interdites dans l'Union européenne par la Commission européenne dénommée « EU Air Safety List ». Par aéronef, on entend tout appareil ou engin capable de s'élever et de circuler dans les airs.**

- **Les accidents occasionnés par la pratique ou l'enseignement par l'assuré d'un sport à titre professionnel. Sauf l'encadrement fédéral quel que soit le statut et dès lors qu'il intervient pour la FFS, ses organes déconcentrés ou ses clubs**
- **Les accidents occasionnés par la participation de l'assuré, même en qualité d'amateur à toutes compétitions (et leurs essais) comportant l'utilisation de véhicules ou d'embarcations à moteur ou aux activités sportives réputées dangereuses suivantes : le saut à l'élastique, la plongée sous marine, le skateboard, le basejump, le speed riding, le kitesurf, la moto ou le vélo tout terrain, le surf, l'escalade, la boxe.**
- **Les conséquences d'une crise d'épilepsie ou de *delirium tremens*, d'une rupture d'anévrisme, d'une embolie cérébrale, d'une hémorragie méningée ou d'un infarctus du myocarde.**
- **Les conséquences d'une affection microbienne, virale ou parasitaire.**
- **Les accidents survenant lors de la participation de l'assuré à des rixes (sauf cas de légitime défense), des crimes ou des paris.**
- **Les conséquences d'une affection microbienne, virale ou parasitaire.**

VERSPIEREN
COURTIER EN ASSURANCES

ENSEMBLE, INVENTONS DEMAIN

Verspieren — SA à conseil d'administration au capital de 1 000 000 € – 1, avenue François-Mitterrand, 59290 Wasquehal
Siren n° 321502049 — RCS Lille Métropole — n° Orias : 07 001 542 - www.orias.fr — Crédits photo iStock
Activité exercée sous le contrôle de l'ACPR 4, place de Budapest CS 92459, 75436 Paris Cedex 09 — SF_DPAS_Aff_07/25

