



# TABLEAU DES GARANTIES | MAE ASSOCIATIONS PLUS

Contrat souscrit par la **Ligue de Football de la Martinique** Contrat C004786479

(Les montants de garanties et franchises ci-après sont applicables dans les limites et conditions prévues par le contrat)

## LES ASSURANCES DE RESPONSABILITÉS CIVILES ET DÉFENSE-RECOURS

GARANTIES	Plafonds de garantie	Franchise
<b>Responsabilité civile - Défense</b>		
Dommages corporels et immatériels consécutifs	8.000.000 €	Néant
Dommages matériels et immatériels consécutifs	1.500.000 €	190 €
Dont dommages aux existants	7.500 €	
Sous réserve des sous limites suivantes :		
Dommages corporels consécutifs à une intoxication alimentaire	500.000 €	Néant
Dommages aux biens confiés à l'association (dommages matériels)	7.500 €	320 €
Atteinte à l'environnement (dommages matériels et immatériels consécutifs)	300.000 €	1.000 €
Faute inexcusable (dommages corporels)	1.000.000 €/année d'assurance	Néant
<b>Recours</b>	4.575 €/litige	Seuil d'intervention 305 €

## LES ASSURANCES DE DOMMAGES AUX PERSONNES

GARANTIES	Plafonds de garantie
<b>Individuelle accident</b>	
Décès	8.000 €
Invalidité permanente pour un contrat annuel <sup>(1) (2)</sup>	
• de 1 à 79%	15.000 €
• de 80 à 100%	30.000 €
Dépenses de santé <sup>(3)</sup>	1.525 € par sinistre et par assuré sans pouvoir excéder 90 % des dépenses effectives
Frais de transport	80 €

(1) Le montant du capital croît avec l'importance de l'invalidité permanente.

(2) Le montant de la prestation sera égal au capital garanti multiplié par le taux d'invalidité retenu exprimé en pourcentage.

(3) Nous intervenons uniquement pour les dépenses de santé consécutives à un accident corporel garanti et après prise en charge par le régime obligatoire ou tout autre organisme de protection sociale.

## L'ASSISTANCE - INTER MUTUELLES ASSISTANCE (IMA) – TÉL : 0800 75 75 75

PRESTATIONS	Plafonds de garantie
<b>Assistance aux bénéficiaires blessés ou malades</b>	
Rapatriement sanitaire	Frais réels dont frais d'un accompagnant déjà sur place
Attente sur place d'un accompagnant	Frais d'hébergement 50 € par jour, maximum 7 jours
Voyage aller-retour d'un proche	Frais de transport et frais d'hébergement 50 € par jour pendant 7 jours
Frais médicaux et d'hospitalisation en complément des organismes sociaux	• en France 4.000 €
Recherche et expédition de médicaments	• à l'étranger 80.000 €
Frais de secours en montagne	Frais d'expédition
Frais de recherche à l'étranger	Frais réels à concurrence de 1.000 €
<b>Assistance en cas de décès</b>	
Rapatriement du corps	Frais de transport
Retour anticipé	Frais de transport
<b>Assistance aux personnes valides</b>	
Rapatriement des autres bénéficiaires en cas de rapatriement sanitaire d'un blessé ou malade	Frais de transport
<b>Garanties complémentaires</b>	
Accompagnement d'un enfant de moins de 15 ans	Frais de transport aller et retour d'un proche
Vol perte ou destruction de documents	Conseils sur les démarches et avance de fonds si nécessité
Bagages à main, animaux de compagnies et accessoires nécessaires à l'activité	Frais de transport dans la limite de 30kg pour les seuls bagages à main
Acheminement d'un accompagnateur	Frais de transport d'un accompagnateur
<b>Avances de fonds et caution</b>	
Avance de fonds	Selon nécessité
Frais de justice à l'étranger	Avance dans la limite de 2.000 €
Cautions pénales	Avance dans la limite de 10.000 €
<b>Renseignements et envoi de messages urgents</b>	
Renseignements	Renseignements et conseils médicaux à l'étranger ou liés à des voyages
Recherche de personnes et transmission de messages urgents	Par tous moyens appropriés

## INVALIDITÉ-DÉCÈS (EN OPTION)

GARANTIES	Plafonds de garantie
<b>Invalidité permanente<sup>(1)</sup> - Décès</b>	En fonction de la formule choisie : 15 250 € - 76 225 € - 152 450 €

(1) Le montant de la prestation sera égal au capital garanti choisi multiplié par le taux d'invalidité retenu exprimé en pourcentage.

## ARRÊT DE TRAVAIL (EN OPTION)

GARANTIES	Plafonds de garantie
<b>Arrêt de travail</b>	Indemnités journalières : 16 €/jour dans la limite du manque à gagner à partir du 3 <sup>ème</sup> jour et jusqu'à 300 jours

**Réclamations :** En cas de désaccord sur l'application des garanties de la MAE, l'assuré peut présenter sa réclamation au **Service Réclamations de la MAE** : par courrier : 62 RUE LOUIS BOUILHET – CS 91833 76044 ROUEN CEDEX ou par mail : s.reclamation@mae.fr



# BULLETIN DE SOUSCRIPTION DES GARANTIES COMPLÉMENTAIRES

# MAE ASSOCIATIONS PLUS

Contrat souscrit par la **Ligue de Football  
de la Martinique** Contrat C004786479

**Document à compléter et à retourner, signé et accompagné de votre règlement, à l'adresse suivante :**

La MAE – 62 Rue Louis Bouilhet – CS 91833 - 76044 ROUEN CEDEX

## RAPPEL DES PRINCIPALES GARANTIES INCLUSES (DÉTAIL AU TABLEAU DES GARANTIES)

### RESPONSABILITÉ CIVILE - DÉFENSE

Dommages corporels et immatériels consécutifs ..... 8.000.000 €  
Dommages matériels et immatériels consécutifs (franchise 190 €) ..... 1.500.000 €

### INDIVIDUELLE ACCIDENT

Décès ..... 8.000 €  
Invalidité permanente pour un contrat annuel <sup>(1) (2)</sup>  
• de 1 à 79% ..... 15.000 €  
• de 80 à 100% ..... 30.000 €

### ASSISTANCE AUX BÉNÉFICIAIRES BLESSÉS OU MALADES

Rapatriement sanitaire ..... Frais réels dont frais d'un accompagnant déjà sur place  
Voyage aller-retour d'un proche ..... Frais de transport et frais d'hébergement 50 € par jour pendant 7 jours

(1) Le montant du capital croît avec l'importance de l'invalidité permanente.

(2) Le montant de la prestation sera égal au capital garanti multiplié par le taux d'invalidité retenu exprimé en pourcentage.

## A CHOIX DE GARANTIE COMPLÉMENTAIRE

Compte tenu de votre situation individuelle, les garanties dommages aux personnes ci-dessus souscrites par votre Ligue de Football peuvent être renforcées. Nous vous donnons la possibilité de souscrire, à titre personnel et dans le cadre des activités liées à votre licence, des garanties complémentaires directement auprès de la MAE. Il vous suffit de télécharger et de compléter ce formulaire de souscription directement sur le site de la Ligue.

Options	Plafonds de garanties complémentaires			Cotisation annuelle	Cochez l'option choisie
	Invalidité permanente <sup>(1)</sup>	Décès <sup>(1)</sup>	Arrêt de travail		
Formule B	15 250 €	15 250 €	-	5,67 €	<input type="checkbox"/>
Formule C	15 250 €	15 250 €	16€/jour***	32,65 €	<input type="checkbox"/>
Formule D	76 225 €	76 225 €* *Capital majoré de 30.490 € par enfant à charge au jour du décès, sauf dispositions contraires exprimées par l'adhérent.	-	19,89 €	<input type="checkbox"/>
Formule E	76 225 €	76 225 €* *Capital majoré de 61.000 € par enfant à charge au jour du décès, sauf dispositions contraires exprimées par l'adhérent.	16€/jour***	47,00 €	<input type="checkbox"/>
Formule F	152 450 €	152 450 €** **Pendant 300 jours au maximum et à hauteur de la perte réelle de revenus après intervention des organismes sociaux et de l'employeur.	-	38,25 €	<input type="checkbox"/>
Formule G	152 450 €	152 450 €**	16€/jour***	65,25 €	<input type="checkbox"/>

(1) Les indemnités versées le cas échéant par le tiers responsable seront déduites de l'indemnité contractuelle.

\*Capital majoré de 30.490 € par enfant à charge au jour du décès, sauf dispositions contraires exprimées par l'adhérent.

\*\*Capital majoré de 61.000 € par enfant à charge au jour du décès, sauf dispositions contraires exprimées par l'adhérent.

\*\*\*Pendant 300 jours au maximum et à hauteur de la perte réelle de revenus après intervention des organismes sociaux et de l'employeur.

## B SOUSCRIPTEUR

Mlle  Mme  M.

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_ À \_\_\_\_\_  
(Commune, département et pays de naissance) ↓

Adresse personnelle N° \_\_\_\_\_ Voie \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Club \_\_\_\_\_ N° d'affiliation \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Je joins un chèque de \_\_\_\_\_ €

## C DÉSIGNATION DU BÉNÉFICIAIRE DES GARANTIES

Sont bénéficiaires des indemnités «DÉCÈS» prévues au contrat ci-dessus référencé :

Mon conjoint, à défaut mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux, à défaut mes héritiers.

Autres : \_\_\_\_\_

Fait à :

Le :

Signature

Je reconnais être informé(e) :

• que mes données à caractère personnel font l'objet d'un traitement automatisé pour la passation, la gestion et l'exécution du contrat. Elles peuvent être communiquées aux intervenants du groupe MAE et à des organismes tiers (professionnels habilités, réassurance, contrôle, autorités administratives ou judiciaires, notamment pour la lutte contre la fraude, le blanchiment et le financement du terrorisme), ou, sauf si je m'y oppose, pour des actions commerciales et l'envoi d'informations sur les contrats et services MAE.

• que je peux y accéder, les rectifier ou m'opposer pour motifs légitimes à leur traitement, demander leur effacement, sauf si elles sont nécessaires à la gestion ou exécution du contrat, en écrivant au Délégué à la Protection des Données de la MAE, 62 rue Louis Bouilhet CS 91833 76044 ROUEN cedex ou à l'adresse : s.dpd@mae.fr.