

Informations Médicales pour MAJEURS - Loisir

Deux possibilités sont à envisager :

Choix	Conditions à remplir	Document à fournir
Possibilité N° 1	Vous avez répondu NON à toutes les questions du « Questionnaire de santé » ci-dessous	Vous complétez l' engagement général en cochant la <u>première</u> case
Possibilité N° 2	Vous avez répondu OUI à l'une des questions du « Questionnaire de santé » ci-dessous	Vous complétez l' engagement général en cochant la <u>deuxième</u> case et vous devez fournir un certificat médical (modèle en pièce jointe) en mentionnant bien toutes les activités pratiquées.

Questionnaire de santé pour le renouvellement d'une licence sportive FSCF – (personnes majeures)

Merci de répondre à toutes les rubriques de ce questionnaire.

- Questionnaire Santé – Sport rempli le :

Nom, Prénom : Date de naissance :

RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS :		OUI	NON
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
À ce jour :			
7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc.) survenu durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.			

- Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions : il est nécessaire de consulter votre médecin afin d'obtenir un nouveau certificat médical à fournir. Présentez-lui ce questionnaire renseigné.
- Si vous avez répondu NON à toutes les questions : vous n'avez pas de nouveau certificat médical à fournir. Compléter et signer l'attestation et fournissez-la **sans le questionnaire** (que vous conserverez)

Tableaux de garanties PACK ACTIVITES

Tableaux de garanties accidents corporels :

NATURE DES GARANTIES	MONTANT DES GARANTIES			MONTANT DES FRANCHISES
	FORMULE			
	Mini	Midi	Maxi	
ASSURANCE DES ACCIDENTS CORPORELS				
DECES	13 000 € (1)	19 000 € (1)	39 000 € (1)	
Majoration du capital :				
- Si l'assuré est marié, pacsé ou en concubinage (non séparé)		5 000 €		
- Par enfant à charge (dans la limite de 4 enfants)		5 000 €		
INVALIDITE PERMANENTE				Franchise relative de 5%
- Capital réductible sur la base du taux d'AIPP retenu après consolidation	25 000 € (1)	37 000 € (1)	77 000 € (1)	
INDEMNITE SUITE A COMA				
Versement d'une indemnité égale à	2% du capital décès par semaine de coma dans la limite de 50 semaines sans pouvoir toutefois dépasser le montant dudit capital décès			14 jours
INCAPACITE TEMPORAIRE				
	Néant	12 €	23 €	4 jours
REMBOURSEMENT DE SOINS				
(sous déduction des prestations éventuelles d'un régime de prévoyance dans la limite des frais réels)	200% du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale			Néant
<u>Avec une sous-limite de :</u>				
- Frais hospitaliers	Selon montant légal			Néant
- Chambre particulière	30 € / jour, maxi 30 jours			Néant
- Prothèse dentaire, par dent (forfait)	250 € (2)	350 € (2)	500 € (2)	Néant
- Bris de lunettes ou lentilles (forfait)	250 € (2)	350 € (2)	500 € (2)	Néant
- Prothèse auditive, par appareil (forfait)		160 € (2)		
- Frais d'appareillage (fauteuil, béquilles, etc.)		160 € (2)		
Frais de transport primaires (non pris en charge par la SS)	300 € porté à 3 000 € pour les transports par hélicoptère			Néant
FRAIS DE RECHERCHES ET DE SECOURS		2 500 €		
FRAIS DE REMISE A NIVEAU SCOLAIRE		1 600 €		15 jours d'arrêt
FRAIS DE REDOUBLEMENT DE L'ANNEE D'ETUDES		1 600 €		2 mois d'arrêt
FRAIS DE RECONVERSION PROFESSIONNELLE		1 600 €		35% d'IPP
- En cas de taux d'infirmité permanente > à 35%				

(1) Garantie maximum 1 525 000 € en cas de sinistre collectif

(2) Ce montant s'entend par « sinistre et par année d'assurance » par assuré