

GARANTIES de l'assurance MAIF

Contenu	Plafonds IDC de base	Plafonds option I. A. Sport+
• Prise en charge de l'accès à des services d'aide à la personne (assistance à domicile : aide ménagère, garde d'enfants, conduite à l'école, déplacement d'un proche au chevet, garde des animaux) après une journée d'hospitalisation ou 5 jours d'immobilisation.....	700 € dans la limite de 3 semaines	1 500 € dans la limite d'un mois
• Remboursement des frais médicaux, pharmaceutiques et de transport, restés à charge après intervention des organismes sociaux..... - dont frais de lunetterie..... - dont frais de rattrapage scolaire exposés après 15 jours consécutifs d'interruption de la scolarité.....	1 400 € 80 € 16 €/jour dans la limite de 310 €	3 000 € 300 € 2 h/jour d'absence scolaire dans la limite de 7 500 € + orientation 10 €/jour dans la limite de 365 jours
• Prise en charge du forfait de location de télévision à partir de 2 jours d'hospitalisation	Non couvert	
• Remboursement des pertes justifiées de revenus des personnes actives pour la période d'incapacité de travail résultant de l'accident.....	16 €/jour dans la limite de 3 100 €	30 €/jour dans la limite de 6 000 €
• Versement d'un capital proportionnel au taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique et psychique subsistant après consolidation : - jusqu'à 9 % - de 10 à 19 % - de 20 à 34 % - de 35 à 49 % - de 50 à 100 % : - sans tierce personne : - avec tierce personne :	6 100 € x taux 7 700 € x taux 13 000 € x taux 16 000 € x taux 23 000 € x taux 46 000 € x taux	30 000 € x taux 60 000 € x taux 90 000 € x taux 120 000 € x taux 150 000 € x taux 300 000 € x taux
• Versement d'un capital aux ayants droit en cas de décès : - capital de base..... - augmenté de : - pour le conjoint survivant - par enfant à charge.....	3 100 € 3 900 € 3 100 €	30 000 € 30 000 € 15 000 €
• Prise en charge des frais de recherche et de sauvetage des vies humaines.....	frais engagés dans la limite de 7 700 € par victime	frais engagés dans la limite de 7 700 € par victime

QUESTIONNAIRE MEDICAL DE SANTÉ à compléter et à conserver

S'il vous plaît, répondez soigneusement et honnêtement à ces 6 questions : cochez Oui ou Non	OUI	NON
1) Votre médecin vous a dit que vous étiez atteint d'un problème cardiaque, d'une hypertension artérielle, d'une affection de longue durée (ALD) ou d'une autre maladie chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Ressentez-vous une douleur à la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel au repos, une fatigue intense au cours de vos activités quotidiennes ou lorsque vous faites de l'activité physique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Éprouvez-vous des pertes d'équilibre liées à des étourdissement ou avez-vous perdu connaissance au cours des 12 derniers mois?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Prenez-vous actuellement des médicaments prescrits pour une maladie chronique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) 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"/>
NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié		

- Si vous avez répondu NON à toutes les questions ci-dessus, merci de remplir et signer l'attestation sur l'honneur ci jointe et la remettre à votre club.
- Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs des questions ci-dessus, votre état de santé nécessite un avis médical avant de commencer ou poursuivre une activité physique. Vous devez consulter votre médecin afin qu'il vous examine et vous délivre un certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique du sport. Certificat à remettre à votre club. Le certificat médical doit dater de moins de 6 mois.

ACCORD pour les PRISES de VUES et l'UTILISATION des IMAGES

Le présent document a pour objet de définir les modalités et conditions générales de l'autorisation de prises de vues.

NOM..... PRENOM :

ADRESSE

EMAIL :

- Autorise l'association à réaliser des prises de vues durant les séances EPGV et déclare céder à l'association les droits qu'elle détient sur son image pour ces séances.
- Autorise l'association à utiliser les prises de vues réalisées en vue de la promotion de l'association. Ces prises de vues pourront faire l'objet de publication sur un support papier (photos) ou numérique (site de l'association).
- A bien noté que ces prises de vues seront utilisées dans l'intérêt de l'association. Elles ne seront pas utilisées à des fins commerciales et la cession à des tiers n'est pas autorisée.

Fait à, le.....

Signature

ACCUSÉ DU QUESTIONNAIRE MEDICAL DE SANTE

Je soussignée(e) Atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du questionnaire de santé publié par l'arrêté du 20 avril 2017 lors de la demande de renouvellement de la licence pour la saison sportive 2025/2026 au club EPGV de

Fait à, le.....

Signature